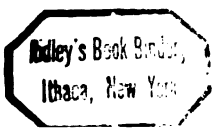
SSCHRIFT
FÜR
HEILKUNDE
RATE
2
13
J
3
2
2

T
1
73
12
13
t. 2
NNEX
BRARY
B
77788

New York
State College of Agriculture
At Cornell University
Ithaca, N. Y.

Library

CORNELL UNIVERSITY LIBRARY
3 1924 069 294 092


Ridley's Book Binding,
Ithaca, New York

MONATSSCHRIFT

für

KINDERHEILKUNDE.

REFERATE.

Herausgegeben von

Czerny	Göppert	Knöpfelmacher	Moro	Thiemich	Tobler
Berlin	Göttingen	Wien	Heidelberg	Leipzig	Breslau

Berend	Comba	Johannessen	Koplik	Marfan	Thomson	Wieland
Budapest	Florenz	Kristiania	New-York	Paris	Edinburg	Basel

Redigiert von

Dr. Arthur Keller-Berlin.

Band XII: Literatur 1913.

LEIPZIG UND WIEN.

FRANZ DEUTICKE.

1914.

AT
1
A73
V.12
1913
pt.2
149992

Verlags-Nr. 2065.

Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny Berlin · **Göppert** Göttingen · **Knöpfelmacher** Wien · **Moro** Heidelberg · **Thiemich** Leipzig · **Tobler** Breslau

Berend Budapest · **Comba** Florenz · **Johannessen** Kristiania · **Koplik** New-York · **Marfan** Paris · **Thomson** Edinburg · **Wieland** Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis der Abteilung „Referate" (ca. 50 Bogen) Mk. 24.—.

Preis der Abteilung „Originalien" (ca. 35—40 Bogen) Mk. 20.—.

Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XII. **Referate.** Nr. 1.

Die Arbeiten auf dem Gebiete der Milchwissenschaft und Molkereipraxis im Jahre 1912, I. und II. Semester.

Sammelreferat von **Dr. W. Grimmer,**
Assistent an der Physiologisch-chemischen Versuchsstation der Tierärztlichen Hochschule Dresden.

Emil Abderhalden und **Karl Kautzsch.** Versuche über Veresterung von Monoaminosäuren mittels Jodäthyltrennung der Pyrrolidonkarbonsäure von der Glutaminsäure.(Zeitschr. f. physiol. Chem., Bd. LXXVIII, S. 115.)

Emil Abderhalden und **Friedrich Kramm.** Beitrag zur Kenntnis des Abbaus der Milcheiweißkörper durch Magensaft unter verschiedenen Bedingungen. (Zeitschr. f. physiol. chem., 1912, Bd. LXXVII, S. 462.)

Adler. Über die innere Sekretion der Brüstdrüse. Zugleich ein Beitrag zur Wirkung des Adrenalins und Normalserums auf den überlebenden Meerschweinchenuterus. (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1912, Bd. XXXVI, Ergänzungsheft, S. 133.)

Henri Agulhon. Sur le mécanisme de la déstruction des diastases par la lumière. (Compt. rend., 1911, Bd. CLIII, S. 979.)

G. B. Allaria. (1) Dell' azione della saliva del lattante sulle fermentazioni labica e pepsinica in vitro. (La pediatria, 1912, Bd. XIX.)

— (2). Sull' azione della saliva del lattante sulla forza di coesione del coagulo labico. (La pediatria, Bd. XIX, Nr. 10.)

O. Allemann. Die Bedeutung der Wasserstoffionen für die Milchgerinnung. (Biochem. Zeitschr., 1912, Bd. VL, S. 346.)

Karl Alpers. Beiträge zur Kenntnis der Zusammensetzung und Untersuchung der Kuh- und Ziegenmilch mit besonderer Berücksichtigung der Refraktometrie des Chlorkalziumserums. (Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- u. Genußmittel, 1912, Bd. XXIII, S. 497.)

W. v. Altrock. Beiträge zur Statistik der Milchwirtschaft und der Industrie der Speisefettefabrikation. (Schriften des deutschen Milchwirtschaftl. Vereines, 1912, Nr. 39.)

Konrad Amberger. Anormale Milch bei Euterentzündungen der Kühe. (Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- und Genußmittel, 1912, Bd. XXIII, S. 369.)

Gaëtano Angelici. Sul potere bioriduttore del latte inguinato. (La Clin. vet., Bd. XXXIV, S. 388.)

W. Arnold. Über Freuenmilchfett. (Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- und Genußmittel, 1912, Bd. XXIII, S. 433.)

Avinagnet, Bloch-Michel und **Dorlencourt.** (Bull. soc. ped. de Paris, 1912, Bd. XXIX.)

W. J. Baragliola. Der Begriff Säuregrad in der Lebensmittelchemie, insbesondere bei Wein, Milch und Käse. (Mitteilungen aus dem Gebiete der Lebensmitteluntersuchung und Hygiene, veröffentlicht vom Schweizer Gesundheitsamte, 1912, Bd. III, S. 13.)

J. Bauer. Über die Milchantianaphylaxie. (Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk., 1912, Bd. I, LXVI, S. 303.)

Carl Beck. Über Ernährung magendarmkranker Säuglinge mit Eiweißmilch. (Jahrb. f. Kinderheilk., 1912, Bd. LXXV, S. 315.)

C. Beger. Zur Anwendung der Azidbutyrometrie bei Buttermilch. (Zentralbl. Bd. XLI, S. 39.)

A. Behre (1). Erfahrungen bei der Kontrolle von Milch, Käse und Butter in Chemnitz im Jahre 1911. (Milchwirtschaftl. Zentralblatt, 1912, Bd. XLI, S. 651.)

— (2). Die Ersatzstoffe im Lebensmittelverkehr. (Chem. Zeitung, 1912, Bd. XXXVI, S. 245.)

— (3). Weitere Ergebnisse von Stallproben in der Umgegend von Chemnitz und zur Methodik der Milchuntersuchung. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1912, Bd. XLI, S. 353.)

J. Belgowski. Ein Beitrag zur Lehre von der Labmagenverdauung der Wiederkäuer. Experimentelle Untersuchungen an Kälbern. (Pflügers Arch., 1912, Bd. CXLVIII, S. 319.)

G. D. Belonowski. Zur Frage über die Säureproduktion der bulgarischen milchsauren Mikroben. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1912, Bd. XLI, S. 449.)

Arnold Benfey. Zur Ernährung Neugeborener mit Eiweißmilch. (Jahrb. f. Kinderheilk., 1912, Bd. LXXV, S. 280.)

Berg. Les diastases hydrolysantes du concombre d'âne (Ecballium elaterium) III. (Compt. rend. Soc. biol., Bd. LXXII, S. 107.)

Georg Berg. Die Milchversorgung der Stadt Karlsruhe. (Verlag von Duncker und Humblot, München und Leipzig, 1912, Preis 4·40.)

D. H. Bergey. The isolation of Bacillus typhosus from butter. (Journ. of Med. Research, 1911, Bd. XXV, S. 231.)

Heinrich Bickele. Die Unterscheidung roher und gekochter Milch. (Dissert., Stuttgart, 1912.)

W. Birk. Untersuchungen über den Stoffwechsel des neugeborenen Kindes. (Volkmanns klin. Vorträge, 1912, Nr. 654/55.)

Emil Le Blanc. Zur Artenfrage der Streptokokken. (Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk., 1912, I, Bd. LXI, S. 68.)

Angela Borrino. Sull' origine della caseina dell latte. (Rev. di clin. Ped., 1911.)

P. Bouin und **P. Ancel.** Sur l'évolution de la glande mammaire pendant la gestation. Déterminisme de la phase glandulaire gravidique. Note préliminaire. (Compt. rend. Soc. biol., 1912, Bd. LXXII, S. 129.)

F. Bordas und **F. Touplain.** (Ann. des Falsif., 1912, Bd. V, S. 171.)

F. Bottazzi. (Atti R. Accad. dei-Lincei, Roma, 1912, Bd. XXI, S. 221.)

J. M. Brady. (Journ. of the Amer. Med. Association, 1911, Bd. LVII, S. 1970.)

G. A. Bredenberg. Beiträge zur Kenntnis der Hüllen der Milchfettkügelchen. (Abhandlungen der agrikulturwissenschaftlichen Gesellschaft in Finnland, 1912, H. 4, Helsingfors.)

Robert S. Breed. Die Wirkung der Zentrifuge und des Separators auf die Verteilung der Zellelemente in der Milch, nebst einer Kritik der zur Bestimmung der Zellenzahl in der Milch verwendeten neuen Methoden. Übersetzt von Wiegner, Göttingen. (Arch. f. Hygiene, 1912, Bd. LXXV, S. 383.)

W. Bremer. Gewässerte Magermilch. (Zeitschr. f. Untersuchung der Nahrungs- und Genußmittel, 1912, Bd. XXIII, S. 59.)

W. Bremer, W. Greiffenhagen und **K. Sauerwein.** Beitrag zur Kenntnis der Zusammensetzung der Milch und des dazugehörigen Serums. (Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- u. Genußmittel, 1912, Bd. XXIV, S. 507.)

Jean Broadhurst. A biometrical study of milk streptococci. Washington meeting of the Soc. of Amer. Bacteriologists, Dez., 1911.)

L. Budinow. Zur Physiologie des Bacter, lactis acidi. (Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk., 1912, II, Bd. XXXIV, S. 177.)

A. Busehmann. Versuche über die Bedeutung der rohen Kartoffeln als Futter für Milchvieh. (Illustr. Landwirtschaftl. Zeitung, 1912, Nr. 20.)

W. E. Burge. The separation of rennin and pepsin by the passage of a direct electric current. (Amer. Journ. of Physiology, 1912, Bd. XXIX, Nr. 330.)

R. Burri und **J. Kürsteiner.** Zur Klärung der Anschauungen über die reduzierenden Eigenschaften der Kuhmilch. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., Bd. XLI, S. 40. 68, 101, 134, 168.)

H. Caillaux (1). Variation de la matière grasse du lait de vache. Bull. de la Soc. de Pharm. de Bordeaux., 1912, Bd. LII, S. 193.)

— (2). Le lait de femme. (Bull. de la Soc. de Pharm. de Bordeaux, Bd. LII, S. 301.)

H. Carré. L'agalaxie contagieuse de la brebis et de la chèvre. Ann. de l'Institut Pasteur, 1912, Bd. LXII, S. 937.)

Carrion und **Sorel.** Sur la possibilité d'obtenir le ferment lactique desséché et vivant. (Bull. gen. de Thérap., Bd. CLXIII, S. 494.)

J. Cassel. Erfahrungen mit Eiweißmilch. (Arch. f. Kinderheilk., 1912, Bd. LVIII, S. 241.)

Mariano Castex. Über ein Labferment und seine Anwendung in der Diätetik des Säuglingsalters. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1912, Bd. V, S. 294.)

Harriette Chick und **Charles J. Martin.** Die Viskosität von Kaseinsolen. (Zeitschr. f. Chem. u. Industr. d. Kolloide, 1912, Bd. XI, S. 102.)

H. L. Colt. Certified milk. (Arch. of Ped., 1912, Bd. XXIX, S. 613.)

E. V. Mc. Collum. The nature of the repair processes in protein metabolism. (Amer. Journ. of Physiol., 1911, Bd. XXIX, S. 215.)

E. Comanducci und **F. Frontera.** (Boll. Chim. Farm., 1912, Bd. LI, S. 109.)

Corlay. (Ann. des Falsific., 1912, Bd. V, S. 173.)

Giuseppe Cosco. Untersuchungen über die Tuberkulose der Milchkühe. (Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk., I, 1912, Bd. LXI, S. 59.)

Courtney. The hard casein curds in infants stools. (Amer. Journ. of Child. Dis., Jan. 1912.)

James N. Currie. A study of the optical forms of lactic acid produced by pure cultures of bazillus bulgaricus. (Journ. of. biol. Chem., 1911, Bd. X, S. 201.)

W. van Dam (1). Die Verdauung des Kaseins durch Pepsin vom Kalb, Schwein und Rind. (Zeitschr. f. physiol. Chem., 1912, Bd. LXXIX, S. 247).

— (2). Über die Bestimmung des Wirkungswertes von Handelslab. (Die Landwirtschaftl. Versuchsstationen, 1912, Bd. LXXVIII, S. 133—163.)

— (3). (Chem. Weekblad, 1912, Bd. IX, S. 982.)

Heinrich Davidsohn. Zum Chemismus des Säuglingsmagens. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1912, Bd. V, S. 94.)

C. Denigès. Sur la dosage du lactose dans le lait de femme. (Bull. de la Soc. de Pharm. de Bordeaux.)

W. Dibbelt. Die physiologische Bedeutung des Kalkhungers bei Brustkindern im ersten Lebensjahre. (Berliner klin. Wochenschr., 1911, S. 2062.)

J. Drost. Zum Nachweis genügend erhitzter Milch. (Pharm. Zentralhalle, 1912, Bd. LIII, S. 943.)

F. Edelstein und **F. v. Csonka.** Über den Eisengehalt der Kuhmilch. (Biochem. Zeitschr., Bd. XXXVIII, S. 14.)

J. Effront. A propos des ferments lactiques médicinaux. (Bull. gén. de Ther., 1911, Bd. CLXII, S. 853.)

P. P. Eminet. Eine Antwort auf die Arbeit von Dr. Giovanni Zanetti: „Contributo alla conoscenza dell' alimentatione naturale ed artificiale del lattente". (Monatsschr. f. Kinderheilk., 1912, Bd. XI, S. 1. Kritik der Arbeit Zanettis.)

St. Engel und **A. Dennemark.** Über den Übergang des Kolostrums in die Milch, insbesondere über das Verhalten der stickstoffhaltigen Körper. (Kuh, Schaf, Stute.) (Zeitschr. f. physiol. Chem., 1912, Bd. LXXVI, S. 148.)

Eury. L'industrie laitière, 1912, Bd. XXXI, S. 809.

G. Ficai und **A. Cererelli.** Significato della presenza dei nitrate e dei nitrite nel latte. (Igiene moderna, Bd. IV, S. 173.)

Gustav Fingerling. Einfluß organischer und anorganischer Phosphorverbindungen auf die Milchsekretion. (Biochem. Zeitschr., 1912, Bd. XXXIX, S. 239.)

H. Finkelstein. Zur Indikation und Technik der Behandlung des Säuglingsekzems mit molkenarmer Milch. (Therap. Monatsh., 1912, Bd. XVI, S. 34.)

R. S. Fleming. (Journ. of Ind. and Engin. Chem., 1912, Bd. IV, S. 543.)

Carlo Foa. Sull' origine del lattorio, della caseina e del grasso del latte. (Arch. di Fisiol., 1912, Bd. X, S. 403.)

E. A. Frank. Die Anwendung der Molketherapie bei ruhrartigen Darmkatarrhen und ihre Erfolge. (Dissert., Göttingen, 1912.)

Edwin Brown Fred. Untersuchungen über die quantitative Reduktion von Methylenblau durch die Milchbakterien und die Verwendung dieses Farbstoffes zur Bestimmung der Milchbeschaffenheit. (Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk. II, 1912, Bd. XXXV, S. 391.)

Joseph Frick. Untersuchungen über den Einfluß der Leukozytenzahl und der Entzündungsprodukte auf die Reaktion der Milch. (Dissert., Stuttgart, 1912.)

Hans Friedenthal. Über die maßgebende Rolle der Salze der Frauenmilch bei der Ernährung im Säuglings- und ersten Kindesalter. (Münchner med. Wochenschr., 1911, S. 2384.)

J. Frost (1). Die Herkunft und Abstammung der norwegischen Rinder. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1912, Bd. XLI, S. 117.)

C. A. Frost (2). (Arch. of Ped., 1912, Bd. XXIX, S. 55.)

Enrique Fynn. Etude sur la détermination du bazille de Koch dans le lait et ses dérivés. (Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk., 1912, Bd. LXII, S. 424.)

L. Gaucher. Recherches sur la digestion du lait. (Digestion gastrique du caséum. (Compt. rend. Soc. biol., 1912, Bd. LXXII, S. 354.)

Frederik P. Gay und **T. Brailsford Robertson.** (1) A comparison of paranuclein split from casein with a syntheticparanuclein basedon immunity reations. (Journ. of biol. Chem., 1912, Bd. XII, S. 233.)

— (2). The antigenic properties of split products of casein. (Journ. of exper. Med., 1912, Bd. XVI, S. 4, 470, 479.)

C. Gerber (1). Caseification du lait additionné de doses croissantes d'jode par les ferments protéolytiques végétaux et animaux. (Compt. rend Soc. biol., 1912, Bd. LXXII, S. 1114.)

— (2). Caseification du lait emprésuré avec une dose déterminée des ferments protéolytiques végétaux et animaux préablement additionne de doses croissantes d'jode. Comparaisons entre l'action de l'jode libre et l'jodure mercurique sur la caseification diastatique. (Compt. rend. Soc. biol., 1892, Bd. LXXII, S. 1116.)

H. D. Gibbs. (The Philippine Journ. of Science, 1912, Bd. VII, S. 77.)

Adolf Gminder. Untersuchungen über Mastitisstreptokokken und ihre Differenzierung von saprozytischen Streptokokken. (Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk., 1912, Bd. I, LXIII, S. 152.)

G. L. J. Gooren. Hygienische Untersuchungen der Handelsmilch. (Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk., II, 1912, Bd. XXXV, S. 625.)

Constantino Gorini (1). Atti della R. Accad. dei Sincei, Roma, 1912, Bd. XXI. S. 472.)

— (2). Die frischen, gelagerten und getrockneten Rübenschnitzel in Beziehung zur Mikroflora und gesundheitlichen Beschaffenheit der Milch. (Zentralbl. f. Bakteriol., II, Bd. 34, Hefte 1/3.)

Howard T. Graber. (Journ. of Ind. and Engin. Chem. (Bd. III, S. 919.)

Heinrich Gräflingschullte. Über die Bildung von Azidkaseinen und über die Methodik der Kaseinfällung in der Frauenmilch. (Dissert., Hannover, 1911.)

O. Gratz. Studien über die Antibiose zwischen Bakterium caseine und den Bakterien der Coli-Aerogenes-Gruppe. (Zeitschr. f. Gärungsphysiol., 1912, Bd. I, S. 256.)

O. Gratz und **A. Váray.** Vergleichende Untersuchungen über die Brauchbarkeit der Katalase-, Reduktase- und Leukozytenprobe zur Erkennung von Mastitismilchen. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1912, Bd. XLI, S. 225, 257, 289.)

Grimmer. Zur Frage nach der Fermentnatur der Peroxydase. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., Bd. XLI, S. 165.)

Paul Guttike. Ist es möglich, durch die Komplementbindungsmethode das Frischmilchendsein von Kühen festzustellen? (Dissert., Leipzig, 1912.)

Hans Hahn. Über die Prognose der Säuglingstuberkulose. (Monatsschr. f. Kinderheilk., 1912, Bd. X, S. 531.)

Hanssen. Untersuchungen am Hund über den Einfluß infizierter Milch auf das Bakterienwachstum im Verdauungstraktus, speziell im Magen. (Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk., 1912, Bd. LXII, S. 89.)

A. Harden und **Lane-Claypon.** Occurrence of ferments in the sterile milk collected by milking tube from cows and goats. (Journ. of Hygiene, 1912, Bd. XII, S. 144.)

Karl Hart (1). Über die experimentelle Erzeugung der Möller-Barlowschen Krankheit und ihre endgültige Identifizierung mit dem klassischen Skorbut. Virchows Arch., 1912, Bd. CCVIII, S. 367.)

— (2). Der Skorbut der kleinen Kinder (Möller-Barlowsche Krankheit) nach experimentellen Untersuchungen. (Jahrb. f. Kinderheilkunde, 1912, Bd. LXXVI, S. 507.)

Daniel J. Healy and **Joseph H. Kastle** (1). Parturient paresis (milk fever) and eclampsia. Similarities between these two diseases. (Journ. of infectious diseases, 1912, Bd. X, S. 226.)

— (2). The internal secretion of the mammae as a factor in the onset of labor. (Journ. of infectious diseases, 1912, Bd. X, S. 244.)

— (3). Parturient paresis and ecclampsia. The toxic character of the colostrum. (Proc. of the Soc. Exper. Biol. New York, 1912, Bd. IX, S. 42.)

S. G. Hedin. (1). Weiteres über die spezifische Hemmung der Labwirkung. (Zeitschr. f. physiol. Chem., 1912, Bd. LXXVI, S. 355.)

— (2). Die Immunisierung gegen Kalbslab. (Zeitschr. f. physiol. Chem., 1912, Bd. LXXVII, S. 229.)

A. Helduschka. Milcherfrischer. (Apothekerzeitung, 1912, Bd. XXVII, S. 418.)

Ernst Heim. Über das spezifische Gewicht des Milchserums und seine Bedeutung für die Beurteilung der Milchverfälschungen. (Dissert., Stuttgart, 1912.)

Heim und **John.** Über die Verwendbarkeit kaseinangereicherter Kuhmilch. Theoretische Überlegungen. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1912, Bd. IV, S. 1.)

H. Helbich. Zur Physiologie der Milchsekretion. (Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. X, S. 649.)

Karl Helle, P. Th. Müller, W. Prausnitz und **H. Poda.** Schwankungen in der Zusammensetzung der Milch einer Kuh bei verschiedenartiger Ernährung. (Zeitschr. f. Biol., 1912, Bd. LVIII, S. 355.)

W. Henneberg. Natürliche Reinzucht und die Yoghurtbereitung. (Zeitschr. f. Spiritusindustrie, 1912, Bd. XXXV, S. 405.)

A. Hesse und **W. D. Kooper.** Zur Frage nach der Fermentnatur der Peroxydase (Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- u. Genußmittel, 1912, Bd. XXIV, S. 301.)

Hermann Heuer. Über den Tuberkelbazillengehalt, den Schmutz- und Fettgehalt der Hannoverschen Marktmilch. (Dissert., Hannover, 1912.)

G. Heuser und **G. Ranft.** Zur Bestimmung der Reichert-Meisslschen Zahl. (Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- u. Genußmittel, Bd. XXIII, S. 16.)

Ludwig Hirschstein. Über die Beziehungen des Schwefels zum Stickstoff in Nahrungsmitteln, mit besonderer Berücksichtigung der Frauen- und Kuhmilch. (Zeitschr. f. phys. u. diät. Therapie, 1912, Bd. XVI, S. 706.)

W. His. Zur Anwendung der Karellschen Milchkur bei Herzkranken. (Therap. Monatshefte, 1912, Bd. XVI, S. 10.)

M. Hohenadel. Yoghurttrockenpräparate. (Pharmaz. Zeitung, 1912, Bd. LXXVII, S. 218.)

Honigmund J. Über die Veränderungen der Milch maul- und klauenseuchekranker Kühe. (Zeitschr. f. Fleisch- u. Milchhygiene, 1912, Bd. XXII, S. 175.)

F. G. Hopkins. Feeding experiments illustrating the importance of accessory factors in normal dietaries. (Journ. of physiol., 1912, Bd. XLIV, S. 425.)

H. M. Hoyberg. Ein schnelles Verfahren zur Bestimmung des Zusatzes von Wasser in der Buttermilch. (Zeitschr. f. Fleisch- u. Milchhygiene, 1912, Bd. XXIII, S. 104.)

Ferdinand Hueppe. Über Trockenmilch. (Zentralbl. f. Bakteriol., I, 1912, Bd. LXIV, S. 34.)

V. Huldschinsky. Die flüchtigen Fettsäuren im Mageninhalte gesunder Säuglinge. (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. III, S. 336.)

Henri Imbert, L. Durand und **H. Germain.** (Ann. des Falsif., 1912, Bd. V, S. 176.)

Orla Jensen. Wie sind die Kellnerschen Stärkewerte für die Milchproduktion zu verwerten? (Milchwirtschaftl. Zentralbl., Bd. XLI, S. 161.)

J. Jundell. Die Opsonine der Frauenmilch und der Kuhmilch. (Hygiea, 1912, Bd. LXXII, S. 335.)

Kassowitz. Versuch einer Sensibilisierung gegen Kuhmilchkasein auf enteralem Wege. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1912, Bd. V, S. 75.)

Joseph H. Kastle und **Daniel J. Healy** (1). The toxic character of the colostrum in parturient paresis. (Journ. of infectious diseases, 1912, Bd. X, S. 233.)

— (2). Calcium salts and the onset of labor. (Journ. of infectious diseases, 1912, Bd. X, S. 378.)

A. F. Stanley Kent. The influence of salts upon the action of rennet on milk. (Proc. of the Physiol. Soc. November 1911, S. 24.)

A. Klein. Über die biologische Analyse des Kaseinantiserums. (Folia mikrobiologica, 1912, Bd. I, S. 101.)

Klein. Prüfung einer Max-Melkmaschine. (Milchwirtschaftl. Zentralblatt, 1912, Bd. XLI, S. 545.)

— Milch und Milchprodukte in Portugal. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1912, Bd. XLI, S. 658.)

Hans Kleinschmidt. Die biologische Differenzierung der Milcheiweißkörper. (Monatsschr. f. Kinderheilk., 1911, Bd. X, S. 402.)

Wilhelm Köbele. Untersuchungen über die hämolytische Wirkung der Kolostralmilch der Kuh. (Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk., I, 1912, Bd. LXI, S. 561.)

W. D. Kooper. Sind Alkalität und Peroxydase der Milch identische Begriffe? (Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- u. Genußmittel, 1912, Bd. XXIII, S. 1.)

Alois Kreidl und **Emil Lenk** (1). Vergleichende Viskositätsbestimmungen der Milch mit Hilfe ihrer kapillaren Steighöhe. (Wiener klin. Wochenschr., 1911, Nr. 48.)

— (2). Kapillarerscheinungen an Milch verschiedener Tierarten und an anderen tierischen Flüssigkeiten. (Sitzungsber. d. kais. Akad. d. Wissensch., Wien, 120, Abt. III, Juni 1911, Sep.-Abdr., 40 S.)

Hugo Kühl (1). Der Milchzucker. (Molkereizeitung, Hildesheim, 1912, Nr. 2.)

— (2). Die Milchversorgung der Städte. (Zeitschr. f. öffentl. Chem., 1912, Bd. XVIII, S. 286.)

— (3). Beitrag zur Milchernährung des Säuglings. (Pharm. Zentralhalle, 1912, Bd. LIII, S. 555.)

B. Kuhn. Über den Einfluß von Konservierungsmitteln auf die Guajakreaktion roher und abgekochter Milch. (Zeitschr. f. Fleisch- u. Milchhygiene, 1911, Bd. XXII, S. 115.)

T. Kurashige, R. Mayeyama und **G. Yamada.** Über das Vorkommen des Tuberkelbazillus im strömenden Blute der Tuberkulösen. III. Ausscheidung des Tuberkelbazillus aus der Milch tuberkulöser Frauen. (Zeitschr. f. Tuberkulose, 1912, Bd. XVIII, S. 433.)

Richard Kurkas Erben. Verfahren zum Sterilisieren von Flüssigkeiten, insbesondere von Milch. D. R. P. 241.605. (Ausgegeben am 5. Dez. 1911.)

L. Langstein und **F. Edelstein.** Über den Eisengehalt der Frauen- und Kuhmilch. (Münchner med. Wochenschr. 1912, S. 1717.)

L. Langstein und **E. Hoerder.** Kranke Kinder bei Ernährung mit Frauenmilch. (Therap. Monatshefte, 1911, S. 701.)

W. Lanzun-Brown. (Brit. Journ. of Child. diseases, 1912, Bd. IX, S. 214.)

Laroche, Richet fils und **St. Girons.** Anaphylaxie alimentaire lactée. (Arch. méd. exper., 1911, Bd. XXIII, S. 643.)

Otakar Laxa. Über nicht schlagbares Obers. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1912, Bd. XLI, S. 369.)

Ross van Lennep und **J. D. Ruys.** (Chem. Weekblad, 1912, Bd. IX, S. 654.)

W. Lenz. Über Milchschlamm. (Apotherkerzeitung, 1921, S. 212.)

Max Liebert. Über die Fällungsgrenzen des Kaseins und Parakaseins. (Dissert., Stuttgart, 1912.)

L. Lindet. (Compt. rend., 1912, Bd. CLV, S. 923.)

A. Lippschütz. Die biologische Bedeutung des Kaseinphosphors für den wachsenden Organismus. (Pflügers Arch., 1912, Bd. CXLIII, S. 99.)

U. Lombroso. (Arch. di Farmacol. sperim., 1912, Bd. XIII, S. 186, 193.)

Max Löns. Über die Ausscheidung des Jods in der Milch nach der Verabreichung von Jodkalium und Lipojodin. (Berliner klin. Wochenschr., 1911, S. 2064.)

W. F. Lowe. (Chem. News, 1912, Bd. CVI, S. 61.)

H. Lührig. Zur Frage der Bestimmung der Trockensubstanz der Milch. (Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- u. Genußmittel, Bd. XXIII, S. 14.)

F. Lust (1). Über den Milchzucker der Frauenmilch. (Monatsschr. f. Kinderheilk., 1912, Bd. XI, S. 236.)

— (2). Kuhmilch-Idiosynkrasie und Anaphylaxie. (Med. Klin., 1912, S. 1735.)

Norman Macdonald. Hand-drawn versus machine-drawn milk. The Veter. Journ., 1912, Bd. LXVIII, S. 30.)

F. Mach und **J. Schaller.** Bericht über die Ergebnisse von Leistungsprüfungen bei 60 Kühen der oberbadischen Fleckviehrasse. (Landwirtschaftl. Jahrbücher, 1912, Bd. XLII, S. 631.)

K. Mackenzie. An experimental investigation of the mechanism of milk secretion, with special reference to the action of animal extracts. (Quarterly Journ. of exper. Physiol., 1911, Bd. IV, Nr. 4.)

C. Mai. Der Einfluß des Gefrierens auf die Zusammensetzung der Milch. (Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungsmittel u. Genuß, 1912, Bd. XXIII, S. 250.)

R. Malenfant. Technique simplifié pour le dosage exact de la caséine et du lactose dans le lait de vache. (Journ. Pharm. Chim., 1912, Bd. VI, S. 390.)

Wilhelm Martin. Untersuchungen über die chemische und biologische Veränderung sowie über die Infektiosität der Milch maul- und klauenseuchekranker Tiere. Arbeiten aus dem bakteriologischen Laboratorium des städtischen Schlachthofes in Berlin. (H. 4. Verlag Otto Nemmich, Leipzig.)

Martin und **Pettit.** Néphrite et cirrhose hepatique chez le lapin soumis à l'alimentation lactée. (Compt. rend. Soc. biol., Bd. LXXII, S. 720.)

E. Mayerhofer und **E. Pribram.** Praktische Erfolge mit konservierter Frauenmilch. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1912, Bd. III, S. 525.)

A. A. Megitt und **Harold H. Mann.** Memoirs of the Department of Agriculture in India. 1912, Bd. II, S. 193.)

John Mellanby. The coagulation of milk by rennin. (Journ. of Physiol., 1912, Bd. XLV, S. 345.)

Enrico Mensi. Contributo allo studio del ricambio del' azoto nei primi giorni di vita. (Giorn R. dell' Accademia Med. di Terino, 1912, S. 35.)

Eduard Merkel. Zur Kenntnis des Frauenmilchfettes. (Pharm. Zentralhalle, 1912, Bd. LIII, S. 495.)

Karl Metzger. Untersuchungen über die Alkoholprobe bei Milch von kranken Kühen. (Dissert., Stuttgart, 1912.)

L. Michaelis und **H. Pechstein.** Der isoelektrische Punkt des Kaseins. (Biochem. Zeitschr., 1912, Bd. XLVII, S. 260.)

Die Milchversorgung in Magdeburg. Magdeburger Statistik 1910. (Separatabdruck aus dem Verwaltungsbericht der Stadt Magdeburg für 1910/11.)

Milchversorgung der Städte Mainz, Darmstadt, Worms und Gießen. (Mitteilungen d. Großherzogl. Hessischen Zentralstelle f. Landesstatistik, 1911, Nr. 914.)

E. H. Miller (1). (The Analyst, 1912, Bd. XXXVII, S. 47.)

— (2). (Analyst, Bd. XXXVII, S. 49.)

A. Morgen. Über die spezifischen Wirkungen der Futtermittel auf die Milchproduktion. (Die landwirtschaftl. Versuchsstationen, 1912, Bd. LXXVII, S. 17.)

— Darlegung der verschiedenen Arten der Depressionsberechnung bei Versuchen mit Milchtieren. (Die landwirtschaftl. Versuchsstationen, 1912, Bd. LXXVII, S. 351.)

E. Moro. Über die Neutralrotreaktion der Milch. (Münchener med. Wochenschr., 1912, S. 2553.)

Wilhelm Morres. Praktische Milchuntersuchung. Anleitung zur zweckmäßigen Ausführung der einfachsten Verfahren der Untersuchung von Milch und Molkereiprodukten, 2. Aufl. Berlin, Parey, 1913, 3 Mark.)

Fritz Moser. Untersuchungen über die hämolytische Wirkung der Mastitismilch. (Dissert., Stuttgart, 1912, Separatabdruck aus Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk., I, Bd. LXV, H. 4/5.)

Müller. Über die Milchleistung des oberbadischen Fleckviehs. (Süddeutsche landwirtschaftl. Tierzucht, 1912, Nr. 7 u. 8.)

Philipp Müller. Verfahren zur Herstellung einer leicht bekömmlichen Säuglingsmilch. D. R. P. 240.423. (Ausgeg. am 4. Nov. 1911.)

Wilhelm Müller. Über den Einfluß der Behandlung der Milch auf ihre Labfähigkeit. (Biochem. Zeitschr., 1912, Bd. XLVI, S. 94.)

Vitangelo Nalli. Sull' esistenza della membrana aptogena e sulla genesi dei corpuscoli del latte. (Folia clinica Chim. e Microsc., Bd. III, S. 1.)

Franz Netzer. Untersuchungen über den Einfluß der Somatose auf die Milchergiebigkeit bei Haustieren. (Dissert., Gießen, 1911.)

A. Niemann. Die Kalkbilanz eines künstlich genährten Säuglings. (Jahrb. f. Kinderheilk., 1912, Bd. LXXV, S. 533.)

P. Nolf. Contribution à l'étude de la sécretion lactée. (Bull. de l'Acad. méd. Belgique, Bd. XXV, S. 210.)

Zae Northrup. The influence of the products of lactic organism upon Bacillus typhosus. (Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk., 1912, I. Bd. LXI, S. 417.)

F. E. Nottbohm und **W. Weißwange.** Verfahren zur Eisenbestimmung in Milch. (Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- u. Genußmittel, 1912, Bd. XXIII, S. 514.)

H. Nothmann. Die Chemie der Frauenmilch. (Jahrb. f. Kinderheilkunde, 1912, Bd. LXXV, S. 724.)

H. Nowak. Beitrag zur Bestimmung des Saccharosegehaltes in der kondensierten Milch. (Zeitschr. f. anal. Chem., 1912, Bd. LI, S. 610.)

Obladen. Über die Untersuchung von normaler, gewässerter und pathologischer Milch mit dem Eintauchrefraktometer. (Zeitschr. f. Fleisch- u. Milchhygiene, 1912, Bd. XXII, S. 213.)

Chass. O. O'Donoghue. The relation between the corpus luteum and the growth of the mammary gland. (Proceedings of the Physiol. Soc., Okt. 1911, S. 16.)

O. J. Olsen-Sopp. Taette, Die urnordische Dauermilch und verwandte Milchsorten sowie ihre Bedeutung für die Volksernährung. (Zentralbl. f. Bakteriol., II, Bd. XXXIII, S. 1.)

Th. A. Ossinin. Zur Frage über den Einfluß von künstlicher Ernährung auf biologische Eigenschaften des Organismus in dessen frühem Alter. (Arch. f. Kinderheilk., 1912, Bd. LIX, S. 98.)

R. Ostertag. Kontrolle der Gewinnung und des Verkehrs mit Säuglingsmilch. (Zeitschr. f. Fleisch- u. Milchhygiene, 1912, Bd. XXIII, S. 1, 25, 49.)

Karl Pallmann. Die Milch-Labhemmprobe. (Dissert., Stuttgart, 1912.)

J. Hume Patterson. The occurrence of actinomycosis in the udder of the cow. (Journ. of the R. inst. of public health, 1911, Bd. XIX, S. 425.)

Peiser. Eine vereinfachte Methode zur Behandlung akuter Ernährungsstörungen beim Säugling. (Monatsschr. f. Kinderheilk., 1912, Bd. XI, Nr. 5.)

Pierre-Antoine Perrin. De l'influence des vapeurs de mercure sur la sécrétion lactée. (Thèse de Paris, 1911.)

B. Pfyl und **R. Turnau.** Über verbesserte Herstellung von Milchseren und ihre Anwendbarkeit zur Untersuchung der Milch. (Arbeiten a. d. Kaiserl. Gesundheitsamte, 1912, Bd. XL, S. 245 bis 304.)

Friedrich Philipp. Die chemische und biologische Differenzierung der drei Eiweißkörper in der Kuhmilch. (Dissert., Stuttgart, 1911.)

Plorkowski. Yoghurttrockenpräparate. (Pharm. Zeitung, Bd. LVII, S. 251.)

Plauchaud und **Ronda.** Étude du beurre dans le lait de femme par la centrifugation. (Arch. méd. des enfants, Bd. XIV, S. 582.)

B. P. B. Platenga. (1) Rohe Milch als Säuglingsnahrung. (Arch. f. Kinderheilk., 1912, Bd. LVIII S. 155.)

Paul Poetschke. (Journ. of. Ind. and Engin. Chem., Bd. V, S. 38.)

Lena R. Potter. The effect of the presence of Bacillus bulgaricus and of Bacterium lactis acidi upon typhoid bacillus in milk. (31. Report oft he Conventical State Bound of health, 1911.)

U. Pratolongo. (Atti del II. Congresso Nazionale di Chim. applic. Mailand, 1912, S. 855.)

Richard Puppel. Über Streptokokken in der Milch und im Säuglingsstuhl (Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankheiten, 1912, Bd. LXX, S. 449.)

A. van Raalte und **A. Fr. J. Lichtenbelt.** Die Refraktion der nichtflüchtigen Fettsäuren der Butter. (Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- u. Genußmittel, 1912, Bd. XXIII, S. 81.)

Otto Rahn. Die Stundengärleistung der Einzelzelle von Bacterium lactis acidi. (Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk., II, Bd. XXXII, S. 375.)

O. Rammstedt (1). Gewinnung und Beurteilung hygienisch einwandfreier Kuhmilch. (Chemikerzeitung, 1912, Bd. XXXVI, S. 645.)

— (2). Kochprobe, Alkoholprobe und Säuregrad der Milch. (Zeitschr. f. öffentl. Chem., 1911, Bd. XVII, S. 441 u. 467.)

— (3). Vergleichende Milchfettbestimmungsmethoden. (Zeitschr. f. angew. Chem., Bd. XXV, S. 754.)

N. Gregory Redmond. (Journ. of. Ind. and Engin. Chem., 1912, Bd. IV, S. 544.)

Adalbert Reiche. Über den Einfluß einer trächtigen Hündin gegebener Morphiumgaben auf den Hundefötus und den säugenden Hund. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1912, Bd. IV, S. 542.)

A. v. Reuß. Über die Bedeutung der Unterernährung in der ersten Lebenszeit. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1912, Bd. IV, S. 499.)

Cecil Revis. (1). The selective action of media on organisms of the coligroup and its bearing on the question of variation in general. (Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk., II, Bd. XXXIII, H. 17 bis 19.)

— Analyst, 1912, Bd. XXXVII, S. 316.)

H. Droop Richmond. (Analyst, 1912, Bd. XXXVII, S. 298.)

H. Droop Richmond und **Horaze C. Huish.** (Analyst, 1912, Bd. XXXVII, S. 168.)

Karol Rieder. Über die quantitative Ausscheidung von Urotropin in der Frauenmilch. (Monatsschr. f. Kinderheilk., 1912, Bd. XI, S. 80.)

Rievel. Der Wert der Guajaktinkturprobe zur Unterscheidung roher und erhitzter Milch. (Deutsche Tierärztl. Wochenschr., 1912, Nr. 11.)

T. Brailsford Robertson. Note on the refractivity of the products of the hydrolysis of casein and a rapid method of determining the relative activity of trypsin solutions. (Journ. of biol. Chem., 1912, Bd. XII, S. 23.)

X. Rocques. (Ann. des Falsific., 1912, Bd. V, S. 338.)

Paul H. Römer. Zur Schardingerreaktion der Kuhmilch. (Biochem. Zeitschr., 1912, Bd. XL, S. 5.)

Gustav F. Ruediger. A study of the thirdy five strains of streptococci isolated from samples of milk. (Washington meeting of the Soc. of Amer. Bacteriologists. Dez. 1911.)

E. Rupp und **A. Müller.** Über ein beschleunigtes Verfahren der Gottlieb-Röseschen Fettbestimmung in Milch. (Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- u. Genußmittel, Bd. XXIII, S. 338.)

L. Rütimeyer. Über die diagnostische Behandlung der Fermenterkrankungen, speziell des Labfermentes des Magensaftes, bei Magenkrankheiten, zugleich ein klinischer Beitrag zur Frage der Wesenseinheit von Lab und Pepsin beim Menschen. (Boas' Arch., 1912, Bd. XVIII, S. 573.)

B. Salge (1). Salzsäure im Säuglingsmagen. (Zeitschr. f. Kinderheilkunde, 1912, Bd. IV, S. 171.)

— (2). Salzsäure im Säuglingsmagen. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1912, Bd. V, S. 111.)

E. Salkowski. Über das Verhalten der Milch zu Ammoniumsulfat und ein neues Verfahren zur Bestimmung des Milchzuckers. (Zeitschr. f. physiol. Chem., 1912, S. 89.)

Gottlieb Salus (1). Versuche über den Ursprung und die Möglichkeit quantitativer Auswertung der Aldehydkatalase der Kuhmilch. (Arch. f. Hygiene, 1912, Bd. LXXV, S 371.)

— (2). Untersuchungen zur Hygiene der Kuhmilch. I. (Arch. f. Hygiene, 1912, Bd. LXXV, S. 353.)

Ricciardo Sanfelici. (Staz. sperim. agr. ital., Bd. XLV, S. 321.)

— (2). (Staz. sperim. agr. ital., Bd. XLV, S. 908.)

August Schäfer. Über die Entstehung des Urobilins und seine Vorkommen im Harn und in der Milch des Kindes. (Dissert., Stuttgart, 1912.)

Schaps. Zu der Arbeit von Dr. Stolte: „Behebung von Durchfällen der Säuglinge durch Korrektur ihrer Nahrung mit Buttermilch". (Monatsschr. f. Kinderheilk., 1912, Bd. XI, S. 169.)

Hartwig Scheel. Eignet sich die Schardingerreaktion zur Feststellung des Frischmilchendseins der Kühe? (Dissert., Hannover, 1912.)

A. L. Scherbak. Versuche über innere Sekretion der Brustdrüse. (Wiener klin. Wochenschr., 1912, Nr. 5.)

Kurt Schern und **Willi Schellhase.** Beitrag zur Kenntnis der Guajak-Guajakol-Probe. (Berliner Tierärztl. Wochenschr., 1912, Nr. 13.)

Arthur Scheunert und **Walther Grimmer.** Über eigenartige Konkremente aus einer Milchdrüsenzyste eines Pferdes. (Zeitschr. f. physiol. Chem., Bd. LXXVI, S. 322.)

Ernst Schloß. Die chemische Zusammensetzung der Frauenmilch auf Grund neuer Analysen. II. (Monatsschr. f. Kinderheilk., 1912, Bd. X, S. 499.)

Ludwig Scholz. Über Osteopsathyrosis. (Jahrb. f. Kinderheilk., 1912, Bd. LXXVI, S. 30.)

E. H. Schorer. (Arch. of ped., 1912, Bd. XIX, S. 200.)

Rolf Schreiber. Die gesetzliche und polizeiliche Regelung des Milchverkaufes in Deutschland. (Verlag der Jos. Köselschen Buchhandlung, Kempten u. München, 1912, Preis 2·80 Mark.)

M. Schuberthowna. Über Oxyprotsulfosäure und Kasein. (Anzeiger d. Akad. d. Wissenschaften, Krakau, 1912, Serie A, S. 705.)

Schulz. Der Übergang von Kieselsäure in die Milch beim Sterilisieren in Glasflaschen. (Münchner med. Wochenschr., 1912, S. 353.)

J. Scott. The effect of infundibulin on mammary secretion. (New York Med. Journ., 1912, Bd. XLV, S. 1268.)

M. Siegfeld. Untersuchungen über die Zusammensetzung des Butterfettes. (Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- u. Genußmittel, 1912, Bd. XXIV, S. 453.)

Torindo Silvestri. Dell' anafilassi alimentare. (Gaz. degli oysed., 1912, Bd. XXXIII, S. 329.)

Donald D. van Slyke. The conditions for complete hydrolysis of proteins. (Journ of biol. Chem., 1912, Bd. XII, S. 295.)

J. Smedley. The fatty acids of butter. (Biochem. Journ., 1912, Bd. VI, S. 451.)

Theobald Smith uud **Marshal Fabian.** Über die pathogene Wirkung des Bacillus abortus Bang. (Zentralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk., I. 1912, Bd. LXI, S. 549.)

Sigurd Sommerfeldt. Beitrag zur Bestimmung des Keimgehaltes in der Milch. (Dissert., Leipzig, 1912.)

F. v. Soxhlet. Über den Eisengehalt der Frauen- und Kuhmilch. (Münchner med. Wochenschr., 1911, S. 1529.)

Spann. Milchschafe im Allgäu. (Süddeutsche landwirtschaftl. Tierzucht, 1912, Nr. 8.)

A. Splittgerber. (1) Studien über die Trockensubstanz der Milch. (Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- u. Genußmittel, 1912, Bd. XXIV, S. 493.)

— (2). Über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse von den Peroxydasen, Katalasen und Reduktasen der Milch. (Pharm. Zentralhalle, 1912, Bd. LIII, S. 1289, 1324, 1361, 1390, 1421, 1443.)

Mc Lean Stafford. Der Eisengehalt der Ziegenmilch. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1912, Bd. IV, S. 168.)

Stokes. (Analyst, 1912, Bd. XXXVII, S. 178.)

Karl Stolte. Behebung von Durchfällen der Säuglinge durch Korrektur ihrer Nahrung mit Buttermilch. (Monatsschr. f. Kinderheilk., 1912, Bd. XI, S. 49.)

— Über die Behandlungen von Säuglingen bei schweren Gewichtsverlusten. (Monatsschr. f. Kinderheilk., 1912, Bd. XI, S. 158.)

E. C. Stowell und **C. M. Hilliard.** A comparison of streptococci from milk and from the human throat. (Washington meeting of the Soc. of American Bacteriologists. Dez. 1911.)

W. M. Thornton. The electrical conductivity of bacteria, and the rate of sterilisation of bacteria by electric currents. (Proceedings of the R. Soc., 1912, Bd. LXXXV, S. 331.)

J. Tillmans (1) Schnell auszuführende Vorprüfung der Milch auf Wasserzusatz (Nitratnachweis). (Chem.-Zeitung, 1912, Nr. 10.)

— (2) Eine bequeme Ausführungsart der Storchschen Reaktion. (Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- u. Genußmittel, 1912, Bd. XXIV, S. 61.)

L. Tobler. Zum Chemismus des Säuglingsmagens. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1912, Bd. V, S. 85.)

A. Trillat. Action des gaz putrides sur le ferment lactique. (Compt. rend. 1912, Bd. CLIV, S. 372.)

— (Compt. rend., Bd. CLIV, S. 613.

Richard Trommsdorff. Über den gegenwärtigen Stand der Mastitisfrage in ihrer Beziehung zur Milchhygiene. (Zentralbl. f. Bakteriologie u. Parasitenk., I, 1912, Bd. LXVI, S. 505.)

Hermann Ulmann. Untersuchungen von Milch euterkranker Kühe auf ihren Enzymgehalt. (Dissert., Stuttgart, 1912.)

Walther Usener. Über ein salolspaltendes Ferment in der Frauenmilch und dessen Einfluß bei Salolmedikation. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1912, Bd. V, S. 431.)

B. Galli-Valerio und **M. Bornand.** Sur quelques applications du lait et du ovosera. (Zeitschr. f. Immunitätsforschung u. exper. Ther., I. 1912, Bd. XIV, S. 32.)

A. Vivier. (Ann. des falsif., 1911, Bd. IV, S. 638.)

Variot. Étude clinique des diarrhées chez les nourrissons au sein. (La clin. infant., 1912, Bd. X, Nr. 3.)

Carl Vollrath. Untersuchungen über den Einfluß äußerer und innerer Krankheiten auf den Enzymgehalt der Kuhmilch. (Dissert., Stuttgart, 1912.)

Bernhard Vonnahme. Vergleichende Untersuchungen über die hämolytische Wirkung der Kolostralmilch. (Dissert., Hannover, 1912.)

E. H. Walters. (1) Studies in the action of trypsin, I. On the Hydrolysis of casein by trypsin. (Journ. of biol. Chem., 1912, Bd. XI, S. 267.)

— (2). Studies in the action of trypsin, II. a) On the influence of the products of hydrolysis upon the rate of hydrolysis of casein by trypsin; b) the autohydrolysis of casinates. (Journ. of biol. Chem., 1912, Bd. XXII, S. 43.)

Louis M. Warfield. Note on a peptidsplitting enzyme in womans milk. (Journ. of Med. research, Bd. XXV, S. 235.)

A. Weber. Zur Milchversorgung auf dem Lande. (Münchner med. Wochenschr., 1912, S. 1271.)

Walter Wegelins. Antikörperübertragung von Mutter auf Kind. Ref. Jahrbuch f. Kinderheilk., 1912, Bd. LXXVI, S. 112.)

H. Weigmann. Über die Brauchbarkeit der Guajaktinktur zum Nachweis einer ausreichenden Pasteurisierung der Milch. (Milchwirtschaftliches Zentralbl., 1912, Bd. 41, S. 33.)

Weigmann und **A. Wolff.** Weitere bakteriologische Untersuchungen aus der milchwirtschaftlichen Praxis. (Milchwirtschaftl., Zentralbl., Bd. XLI, S. 2, 65, 97, 129.)

E. Weill und **G. Mouriquand.** (Lyon méd., 1912, Bd. CXVIII, S. 200.)

Stephan Weiser. Über den Einfluß von frischer und getrockneter Schlempe auf die Zusammensetzung der Milch und des Milchserums. Die landwirtschaftl. Versuchsstationen, 1912, Bd. LXXVIII, S. 409.)

J. S. Will. (Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LVIII, S. 775.)

H. Willecke, H. Schellbach und **W. Jilke.** (Wasserstoff superoxydhaltige Milchkonservierungsmittel. (Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- u. Genußmittel, 1912, Bd. XXIV, S. 229.)

C. E. A. Winslow. The classification of the streptococci by their action upon carbohydrate media. (Washington meeting of the Soc. of Amer. Bacteriologists. Dez. 1911.)

J. Wohlgemuth. Untersuchungen über den Pankreassaft des Menschen, 6. Mitteilung. (Biochem. Zeitschr., 1912, Bd. XXXIX, S. 302.)

Georg Wolff. Über den Kalk- und Phosphorsäurestoffwechsel des Säuglings bei knapper und reichlicher Ernährung mit Kuhmilch. Jahrb. f. Kinderheilk., 1912, Bd. LXXVI, S. 181.)

Arthur Zaitschek. Vergleichende Versuche an Milchkühen mit Rübenschnitzeln und Rübenkraut. (Die landwirtschaftl. Versuchsstationen, 1912, Bd. LXXVIII, S. 419.)

Giovanni Zanetti. Contributo alla conoscenza dell' alimentatione naturale ed artificiale del lattente. (La pediatria, 1911, S. 729.)

Allgemeines.

Nalli unterscheidet in den Zellelementen der Milch Lipozelloide, Zelloide, Plasmoide und Zonoide. Die beiden ersteren sind unizelluläre Gebilde, sie verhalten sich bezüglich ihres Verhaltens und ihrer morphologischen Eigenschaften zur Milchdrüse ungefähr wie die Leukozyten zu den Lymphdrüsen. Die Plasmoide und Zonoide sind als Produkte des Zerfalles der Drüsenzelle anzusehen. Die Entstehung der Fettkügelchen beruht entweder auf einer Umwandlung des Zellprotoplasmas oder auf einer Sekretion aus dem Blutplasma.

Breed untersuchte die Wirkung des Zentrifugierens auf die Verteilung der Zellelemente der Milch. Er fand, daß eine große Zahl in den Rahm übergeht, ein anderer Teil aber in Sediment. In dieses gehen alle Zellelemente über, wenn die Tourenzahl der Zentrifuge genügend groß ist (8000 bis 9000 Touren in der Minute).

Bremer, Greifenhagen und Sauerwein fanden den Aschengehalt der Vollmilch in 16 Fällen zu 0·6714 bis 0·8146%, im Mittel zu 0·7193, in den dazugehörigen Seren zu 0·7227 bis 0·9191, im Mittel

zu 0·7806%. Die Trockensubstanz der Vollmilch wurde zu 11·09 bis 13·31%, im Mittel zu 12·00% gefunden, die der entsprechenden Seren zu 6·07 bis 6·96%, im Mittel zu 6·52%. Durch Entrahmung wurde die Zusammensetzung des Serums nur ganz unbedeutend beeinflußt (ist auch nicht anders zu erwarten, Ref.), so daß die aus der Untersuchung des Serums ermittelten Daten auch zur Beurteilung der Magermilch Anwendung finden können.

Behre (1) berechnet den Durchschnittsfettgehalt der im Jahre 1911 untersuchten Milch in Chemnitz zu 3·11%, die fettfreie Trockensubstanz zu 8·61%, ausschließlich der Beanstandungen zu 3·20 beziehungsweise 8·65%. In den trockenen, futterarmen Monaten des Jahres 1911 stieg der Fettgehalt an, während die fettfreie Trockensubstanz sank. Durch Erhitzen der Milch auf 70° wurde ihre oxydierende Fähigkeit gegenüber Paraphenylendiamin nicht vernichtet, erst nach dem Erhitzen auf 75° blieb sie aus.

Droop-Richmond fand im Mittel folgende Zusammensetzung von 19.997 im Jahre 1911 untersuchten Milchproben

	Spez. Gew.	Trockensubstanz	Fett	Fettfreie Trockensubstanz
Morgenmilch	1·0319	12·37%	3·56%	8·81%
Abendmilch	1·0315	12·64%	3·86%	8·78%
Im Mittel	1·0317	12·51%	3·71%	8·80%

Miller (1) bestimmte folgende Durchschnittswerte für australische Milch:

	Spez. Gew.	Trockensubstanz	Fett	Fettfreie Trockensubstanz
Morgenmilch	1·034	12·62%	4·07%	8·55%
Abendmilch	1·0310	12·96%	4·23%	8·70%
Durchschnitt	1·0307	12·79%	4·15%	8·62%

Megitt und Mann fanden in der Milch indischer Büffel im Mittel zirka 8% Fett, 4·3% Eiweiß, 5% Milchzucker und 0·8% Asche. Schwankungen zeigten sich nicht nur bei verschiedenen Tieren derselben Rasse, sondern auch bei demselben Tiere zu verschiedenen Zeiten.

Nothmann behandelt zusammenfassend die seit 1909 erschienene Literatur über Frauenmilch. Merkel bestimmte das spez. Gew. der an vier aufeinanderfolgenden Tagen entnommenen Milch einer Amme zu 1·0335, 1·0340, 1·0340 und 1·0335 und den Fettgehalt der Milch zu 4·15%, 3·1%, 3·25% und 3·1%.

Helbich bestätigt die Beobachtung Engels, daß auch beim Menschen die Milchmenge um so größer ist, je länger die vorhergehende Pause ist. Es konnte hingegen nicht gefunden werden, daß der Fettgehalt in umgekehrtem Verhältnis zur Milchmenge steht. Nach Untersuchungen von Plauchaud und Rondu ist die Morgen-

milch beim Weibe fettreicher als die Abendmilch. Tägliche Schwankungen bis zum Dreifachen der Norm sind keine Seltenheit.

Cailloux (2) fand auch beim Weibe die zuerst abgedrückte Milch fettärmer als die zuletzt abgedrückte. Um eine Mittelprobe zu erhalten, muß man das gesamte Sekret beider Drüsen miteinander mischen.

Lust fand den Milchzuckergehalt der Milch von 25 Frauen zu 5·7 bis 8·5%, im Mittel zu 7·1%. Durch Verabreichung von Malzextrakt konnte bei einigen Frauen der Milchzuckergehalt gesteigert werden.

Eiweißkörper.

Bottazzi beobachtete, daß Kasein Merck und Kasein Kahlbaum im Suspension eine geringe, aber deutliche Abnahme der Oberflächenspannung bewirken, und schließt daraus auf eine Verunreinigung.

Liebert bestimmte die Fällungsgrenzen des Kaseins und Parakaseins gegen Ammoniumsulfat. Für Milchkasein wurden sie zu 2·2 bis 4·0, für Parakasein zu 2·0 bis 3·6 gefunden, für Ziegenkasein lagen die Werte bei 3·6 bis 5·0 beziehungsweise 2·8 bis 4·8, für Eselinnenkasein bei 3·0 bis 5·0, für Frauenkasein bei 2·2 bis 4·4.

Michaelis und Pechstein fanden den isoelektrischen Punkt des Kaseins zu durchschnittlich $2{\cdot}5 \cdot 10^{-5}$, das Flockungsoptimum zu $2{\cdot}4 \cdot 10^{-5}$.

Chick und Martin untersuchten die Viskosität von Natriumkaseinatlösungen verschiedener Konzentration bei verschiedenen Temperaturen. Sie fanden, daß die Viskosität mit zunehmender Konzentration sehr rasch ansteigt, rascher als dem linearen Anstiege bei echten Lösungen entspricht. Mit zunehmender Temperatur sinkt die Viskosität anfangs sehr rasch, später erheblich langsamer ab. Chick und Martin vermuten aus diesem Verhalten, daß das Kaseinsalz mit zunehmender Temperatur das gebundene Wasser abgibt.

Walters (1) ließ auf die Lithium-, Natrium-, Kalium-, Ammonium-, Kalzium-, Strontium- und Bariumsalze des Kaseins Trypsin einwirken und fällte nach bestimmten Zeiten durch Essigsäure das nicht angegriffene Kasein. Es zeigte sich, daß der Abbau im Sinne einer monomolekularen Gleichung von der Formel $\log \frac{a}{a-x} = K.t$ verläuft. Bei Konzentrationen, die zwischen 0·4 und 2% Kasein lagen, wurden sämtliche Salze mit der gleichen Geschwindigkeit hydrolysiert. Die Geschwindigkeit der Hydrolyse war direkt proportional der Fermentkonzentration. In einer weiteren Mitteilung zeigt Walters (2), daß die tryptischen Verdauungsprodukte des Kaseins nur eine geringe hemmende Wirkung auf die Geschwindigkeit der Kaseinhydrolyse durch Trypsin haben. Bei längerem Aufbewahren sind die Kaseinlösungen einer Autohydrolyse unterworfen. Die neutralen Kaseinate des Lithiums, Natriums und Kaliums waren nach 96stündiger Autolyse bei 37·5° zu 5% hydrolysiert, die basischen Kaseinate zersetzten sich etwas rascher. Die Geschwindigkeitskonstante

für die Autohydrolyse der basischen Kalzium- und Bariumkaseinate war fast dreimal so groß als die der Alkalisalze. Die Geschwindigkeitskonstante folgt anfangs der Gleichung $\log \frac{a}{a-x} = K.t$, nimmt aber allmählich ab. Gay und Robertson versuchten festzustellen, ob durch peptische Verdauung von Kasein erhaltenes Paranuklein und ein aus der vollständigen peptischen Verdauung durch Aufbau mit Pepsin „synthetisiertes" Paranuklein A miteinander identisch seien, indem sie Kaninchen diese Substanzen subkutan injizierten und die Injektion nach 28 Tagen wiederholten. Aus den hierbei auftretenden anaphylaktischen Erscheinungen wird geschlossen, daß die beiden Paranukleine identisch sind, während sich die nicht synthetisierten peptischen Abbauprodukte vollkommen anders verhalten. Brailsford Robertson fand, daß das Brechungsvermögen einer Kaseinnatriumlösung durch die Trypsinverdauung nicht verändert wird. Es läßt sich sonach der Umfang der Verdauung in einem Verdauungsgemisch ermitteln, indem man das nichtverdaute Kasein mit Essigsäure fällt, den Niederschlag abfiltriert und im Filtrate die Brechung ermittelt.

Van Slyke studierte die Bedingungen, unter welchen Eiweißkörper vollständig hydrolysiert werden. Es zeigte sich, daß es gleichgültig ist, ob mit 20%iger Salzsäure bei 100° oder mit 3fach n-Salzsäure bei 150° hydrolysiert wird. Untersuchungen von Abderhalden und Kautzsch lassen den Schluß zu, daß auch Pyrrolidonkarbonsäure zu den Bausteinen des Kaseins gehört.

Schuberthowna stellte aus Kasein durch Oxydation mit Permanganat die Oxyprotsulfosäuren her, die in verschiedene Fraktionen zerlegt wurden. Während 6 derselben untereinander keine wesentlichen Unterschiede ergaben, wurde eine Fraktion erhalten, die sich von den übrigen als wesentlich verschieden erwies. Diese Oxyprotsulfosäure hatte eine höhere Basizität, enthielt sehr wenig Schwefel und absorbierte kein Jod.

Fett.

Bredenberg liefert einen Beitrag zu der noch immer strittigen Frage, ob die Fettkügelchen der Milch von einer festen Hülle umgeben sind. Er ließ Milch und Rahm beziehungsweise deren Fettkügelchen in einer zirka 1 m hohen Wassersäule aufsteigen und vermied dabei Zusätze irgend welcher Art zum Zwecke der Konservierung der Milch, wie dies von anderen Autoren geschehen war, da die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen ist, daß hierdurch überhaupt erst eine künstliche Hüllenbildung bewirkt wird. Die Aufrahmung erfolgte bei Eisschranktemperatur, zur Untersuchung kamen die innerhalb 48 Stunden aufgestiegenen Fettkügelchen. Das so erhaltene Material wurde zunächst filtriert und der Filterrückstand im Trockenschrank auf 60 bis 68° erwärmt. Von dem geschmolzenen Fette wurde der feste Rückstand durch Abgießen, von den letzten Fettresten durch Ätherextraktion befreit. Der verbleibende Rest wurde bei 100° getrocknet und stellte eine weiße bis graugelbe hygroskopische Masse

vor. Seine Menge betrug im Durchschnitt pro Liter Milch 0·2506 g. Bei 96stündiger Aufrahmung betrug die Menge der Hüllensubstanz 0·2799 g. Der Aschengehalt betrug bei den Versuchen mit Milch im Durchschnitt 6·57% mit Schwankungen von 5·63 bis 7·89%, bei Rahm 6·63% (nach 120 Stunden 6·59%, nach 192 Stunden 9·30%, die stickstoffhaltigen Substanzen (N × 6·37) betrugen 80·09% beziehungsweise 78·89%, die N-freie organische Substanz 13·21% beziehungsweise 13·68%. Der Gehalt der Asche an CaO betrug 42·16% beziehungsweise 44·72%, an P_2O_5 2·58% beziehungsweise 5·28%. In weiteren Versuchen wurde teils frisches, teils ranziges Butterfett mit Sodalösung emulgiert und der Aufrahmung in Magermilch und destilliertem Wasser, Leitungswasser oder Kalkwasser unterworfen. Es ergab sich, daß bei Verwendung von destilliertem Wasser nur Spuren von Hüllensubstanz erhalten wurden, während in den übrigen Versuchen bei Verwendung von Leitungswasser 0·1950 beziehungsweise 1·3088 g, bei Verwendung von Kalkwasser 1·7600 beziehungsweise 4·8774 g Hüllensubstanz aus 150 g Butter erhalten wurde. Wurde der Butter freie Buttersäure oder Ölsäure zugefügt und der Auftrieb durch Kalkwasser bewerkstelligt, so resultierten 4·5584 beziehungsweise 8·2634 g „Hüllensubstanz". Der Aschengehalt dieser künstlich erzeugten Hüllen schwankte zwischen 9·92% und 51·31%, der Kalkgehalt der Asche zwischen 22·53% und 93·31%, je nach der Versuchsanordnung. Emulsionen von Olivenöl, die Magermilch und Leitungs- oder Kalkwasser passierten, lieferten ebenfalls sehr beträchtliche Mengen von Hüllensubstanz. Kalorimetrische Untersuchungen ergaben um so höhere Verbrennungswärmen, je höher der Gehalt der Hüllen an organischen stickstofffreien Substanzen war, woraus geschlossen werden kann, daß diese offenbar Fettsäuren darstellen, die sich ja durch eine hohe Verbrennungswärme auszeichnen. Wenn wir annehmen, daß im Milchfette stets geringe Mengen freier Fettsäure vorkommen (Milchfett reagiert stets schwach sauer), so liegt die Vermutung sehr nahe, daß auch die „Hüllen" der Fettkügelchen erst bei dem Passieren des Leitungswassers durch Bildung unlöslicher Kalkseifen, die auch Eiweiß einschließen können, entstanden sind. Die Hüllenfrage ist also nach wie vor ungeklärt.

J. Smedley nimmt in dem Butterfett 10 bis 15% Stearinsäure an und vermutet, daß die ungesättigten Fettsäuren nicht ausschließlich durch Ölsäure repräsentiert werden, sondern auch niedere Glieder der Ölsäurereihe enthalten.

Nachdem Dumitresku und Popesku (Ann. des Falsif., 1910, Bd. III, S. 149) entgegen früheren Befunden die Behauptung aufgestellt hatten, daß die Refraktion der nichtflüchtigen Fettsäuren der Butter eine Konstante sei, sahen sich Raalte und Lichtenbelt veranlaßt, diese Angabe unter möglichster Berücksichtigung der Fehlerquellen, die sich aus der Darstellung der flüchtigen Fettsäuren ergeben konnten, nachzuprüfen. Die Darstellung der flüchtigen Fettsäuren erfolgte nach folgenden 6 Methoden:

1. Nach dem Verfahren von Dumitresku und Popesku: 10 g Butterfett wurden mit 7 cm^3 Natronlauge 1 : 1 und 20 cm^3

Alkohol verseift, die Seife wurde in 200 cm³ Wasser gelöst und durc Salzsäure die Säuren in Freiheit gesetzt. Dann wurde das Gemisc im Wasserbad erhitzt, bis eine klare Abscheidung der Fettsäure stattgefunden hatte. Diese wurden so lange mit Wasser gewaschen bis dieses gegen Lackmus neutral reagierte.

2. Nach der gleichen Behandlung mit nachfolgender Wasser dampfdestillation.

3. Durch Verseifen mit alkoholischer Lauge und Zersetzung der Seife mit verdünnter Schwefelsäure.

4. Ebenso mit nachfolgender Wasserdampfdestillation.

5. Als Rückstände der Bestimmung der Reichert-Meißlschen Zahl nach dem Verfahren von Leffmann und Beam.

6. Durch Verseifung mit Glyzerinkalilauge und Destillation mit Wasserdampf.

Aus den an 10 verschiedenen Butterproben erhaltenen Resultaten ergab sich, daß es genügt, die nichtflüchtigen Säuren als Rückstände bei der Bestimmung der Reichert-Meißlschen Zahl nach Leffmann-Beam zu erhalten. Die Reinigung erfolgt in der Weise, daß die Säuren nach dem Erkalten im Becherglas erst mit kaltem, dann mit heißem Wasser gewaschen und nach dem Wiedererkalten zwischen Fließpapier getrocknet werden. Die weiteren an 530 reinen Butterproben holländischen Ursprungs vorgenommenen Untersuchungen ergaben Refraktometerwerte der Butter, die zwischen 41·2 und 48·0 lagen, während die Werte für die nichtflüchtigen Säuren zu 31·0 bis 36·4 gefunden wurden, die Refraktion der nichtflüchtigen Fettsäuren kann somit nicht als eine Konstante angenommen werden. Die Annahme von Dons, daß die Differenz zwischen der Refraktion des Butterfettes und der der nichtflüchtigen Fettsäuren nahezu konstant sei und zirka 11 bis 12 betrage, konnte ebenfalls nicht bestätigt werden, da bei den vorliegenden Untersuchungen die Refraktionsdifferenz zwischen 8·9 und 13·0 schwankte. Im übrigen wurde gefunden, daß ein gewisser Zusammenhang zwischen Reichert-Meißlscher Zahl und der Refraktion der Fettsäuren insofern besteht, als bei hohen Reichert-Meißlschen Zahlen eine niedrige Refraktion vorhanden ist und umgekehrt, bei niedrigen Reichert-Meißlschen Zahlen eine hohe Refraktion.

Die Untersuchungen Siegfelds über die Zusammensetzung des Butterfettes ergaben eine Bestätigung der schon früher gemachten Beobachtung, daß mit der Reichert-Meißlschen Zahl konstant etwa $^5/_6$ der gesamten flüchtigen löslichen Fettsäuren bestimmt werden. Das Verhältnis beider betrug im Mittel von 19 Bestimmungen 1 : 1·17 mit Schwankungen von 1 : 1·13 bis 1 : 1·24. In bedeutend weiteren Grenzen schwankt das Verhältnis der durch die Polenskesche Zahl ausgedrückten Menge der flüchtigen unlöslichen Säuren zu ihrer Gesamtmenge, nämlich von 1 : 1·28 bis 1 : 3·09, im Mittel zu 1 : 1·97. Das mittlere Molekulargewicht der flüchtigen löslichen Fettsäuren betrug 93·2 bis 105·2, schwankt also zwischen den Werten für Buttersäure (88) und Kapronsäure (116). Da Kaprylsäure und Kaprinsäure wegen ihrer sehr geringen Löslichkeit für diese Säure-

gruppen kaum in Betracht kommen, so ist anderseits zu schließen, daß auch Ameisensäure und Essigsäure, die das mittlere Molekulargewicht stark herabdrücken mußten, in irgendwie nennenswerten Mengen kaum im Butterfett vorkommen. Das Molekulargewicht der flüchtigen unlöslichen Fettsäuren schwankte von 189·4 bis 207·1, es liegt also zwischen den Molekulargewichten der Kaprinsäure (172) und der Myristinsäure (228), dieser Umstand läßt den Schluß berechtigt erscheinen, daß Myristinsäure und vielleicht auch die Palmitinsäure in nicht unbeträchtlichem Maße mit Wasserdämpfen flüchtig sind. Das nahe Zusammenfallen des mittleren Molekulargewichtes mit dem der Laurinsäure läßt weiterhin den Schluß zu, daß auch Laurinsäure im Butterfett anwesend ist. Die festen, nichtflüchtigen Säuren hatten ein relativ niedriges mittleres Molekulargewicht (266·4 bis 246·9), lagen also zwischen den Molekulargewichten der Myristinsäure (228) und der Palmitinsäure (256). Daraus muß entnommen werden, daß die Stearinsäure im günstigsten Falle nur in ganz untergeordneter Menge vorhanden sein kann, wenn man nicht annehmen will, daß größere Mengen Laurinsäure sich der Destillation mit Wasserdampf entziehen.

Imbert, Durand und Germain berichten über abnorm zusammengesetztes Butterfett, das den Eindruck macht, als ob es mit Margarine verfälscht sei. Butterfett Nr. 1 stammt von Kühen, die 4 Tage gehungert hatten, 2 und 3 von Kühen, die an Maul- und Klauenseuche erkrankt waren, 4 von Kühen, die einen langen Bahntransport hinter sich hatten, während 5 und 6 normale Butterproben des Handels sind.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Refraktion	23	23	29	27	30	31
Crismersche Zahl . . .	60·4	59·9	56·2	63·5	52·2	51·5
Verseifungszahl	217·0	219·5	224·0	219·0	230·5	229·5
Reichert - Meißlsche Zahl	19·91	18·2	23·5	17·05	27·5	30·9
Polenskesche Zahl . .	1·08	0·96	1·50	0·52	1·81	2·4

Scheunert und Grimmer untersuchten Konkremente aus einer Milchdrüsenzyste eines Pferdes. Dieselben enthielten ein Fett, das weder mit dem Pferdekörperfett noch mit dem Milchfett bezüglich seiner Konstanten übereinstimmte, sondern, nach seinem Gehalte an flüchtigen Fettsäuren zu urteilen, etwa dem Kolostralfett des Pferdes entsprechend zwischen beiden stand.

Merkel untersuchte das Milchfett einer Amme, das er durch Verbuttern des Rahms einer Mischmilch von 4 Tagen erhalten hatte. Er fand Verseifungszahl 209·3, Reichert-Meißlsche Zahl 1·5, Polenskesche Zahl 2·2, Jodzahl 46·8, Refraktion bei 40° 46·3. Da die Amme Margarine als Nahrungsfett erhielt, so hält es Merkel nicht für ausgeschlossen, daß die weitgehende Übereinstimmung der Analysenresultate mit denen von Margarine auf diesen Umstand zurückzuführen ist.

Arnold untersuchte zwei Proben Frauenmilchfett, die aus Mischmilch stammten. Er fand folgende Konstanten:

Art der Bestimmung	Frauenmilchfett I			Frauenmilchfett II		
	Fett	Nichtflüchtige Fettsäuren		Fett	Nichtflüchtige Fettsäuren	
		gefunden	berechnet		gefunden	berechnet
Refraktion bei 40°	47·6	35·2	—	48·75	34·6	—
Refraktion Butterskala	+ 3·4	— 9·0	—	+ 4·55	— 9·4	—
Verseifungszahl	206·08	216·55	215·6	205·0	214·5	214·4
Molekulargewicht	—	259·10	260·3	—	261·6	261·5
Fettsäuregehalt berechnet aus Verseifungszahl %	95·35	—	—	95·37	—	—
Verseifungszahl der Gesamtfettsäuren	216·1	—	—	214·9	—	—
Molekulargewicht der Gesamtfettsäuren	259·6	—	—	261·0	—	—
Reichert-Meißlsche Zahl	2·65	—	—	1·5	—	—
Mol.-Gew. der R.-M.-Säuren	—	—	—	128·9	—	—
%-Gehalt an R.-M.-Säuren	0·684	—	—	0·39	—	—
Polenskesche Zahl	1·65	1·45	—	1·45	1·30	—
Mol.-Gew. der wasserunlöslichen Säuren	—	—	—	193·7	—	—
Jodzahl	46·25	48·4	48·7	45·65	47·2	48·05
Ölsäuregehalt %	51·4	53·8	—	50·7	52·35	—
Säuregrad	2·0	—		1·6	—	
Unverseifbares %	0·424	—		0·347	—	
Schmelzpunkt des Azetates	112°	—		—	—	
Stearinsäure	—	nicht nachweisbar		—	nicht nachweisbar	
Hexabromidprobe	negativ	—		negativ	—	
Schmelzpunkt	33—36°	40—41°		—	41—42°	
Hehnersche Zahl	94·67	—		94·98	—	

Nach den vorliegenden Resultaten, die eine gute Übereinstimmung mit den von Laves (Zeitschr. f. physiol. Chemie 1894, Bd. XIX, S. 369) gefundenen zeigen, ist zu schließen, daß im Frauenmilchfett sämtliche Fettsäuren von der Buttersäure bis zur Palmitinsäure enthalten sind, während Stearinsäure fehlt, die Menge der wasserlöslichen Säuren ist eine sehr geringe und dürfte 0·4 bis 0·7% höchstens betragen. Rund die Hälfte der Gewichtsmenge aller Säuren macht die Ölsäure aus. Von den 44 bis 45% der wasserunlöslichen ölsäurefreien Säuren entfallen zirka 30% auf Palmitinsäure, der Rest auf die Säuren der Kaprin-, Laurin- Myristinsäuregruppe. Nach Arnold ist es übrigens möglich, aus Kokosfett und Schweinefett eine Mischung herzustellen, die ganz die Konstanten der Frauenmilch zeigt. So konnte aus 14 Teilen Kokosfett und 86 Teilen Schweinefett von der nachstehenden Zusammensetzung eine Mischung erhalten werden, die bezüglich ihrer analytischen Daten größte Übereinstimmung mit denen des Frauenmilchfettes I zeigt:

	Kokosfett	Schweinefett	Mischung	Frauenmilchfett I
Refraktion	35·1	47·7	47·65	47·6
Verseifungszahl	259·0	197·5	206·1	206·08
Reichert-Meißlsche Zahl	9·0	0·4	3·0	2·65
Jodzahl	8·5	53·0	46·77	46·25
Polenskesche Zahl . . .	15·8	0·15	1·65	1·65

v. Dam fand, daß beim Erwärmen das Milchfett je nach der Temperatur sich verschieden stark ausdehnte. Bei der Erwärmung von 0 bis 1° betrug die Ausdehnung zirka 0·065%, bei der Erwärmung von 17 bis 18° 0·12%, bei höheren Temperaturen sank der Ausdehnungskoeffizient wieder.

Salze.

Schloß führte weitere Untersuchungen über die Zusammensetzung der Frauenmilch unter besonderer Berücksichtigung der Asche aus. Die Änderung ihrer Zusammensetzung im Verlaufe der Laktationsperiode wird durch nachstehende Tabelle erläutert:

	Kolostrum		Übergangsmilch		Reiche Milch	
	Gehalt im Liter	In % der Asche	Gehalt im Liter	In % der Asche	Gehalt im Liter	In % der Asche
Gesamtasche	3·048	100·00	2·331	100·00	1·839	100·00
CaO	0·3350	11·96	0·4000	18·12	0·3785	20·65
MgO	0·0089	2·46	0·0689	3·12	0·0857	4·71
Na_2O	0·5324	19·00	0·3378	15·31	0·1886	10·36
K_2O	0·7948	28·37	0·6780	30·72	0·5291	29·07
P_2O_5	0·3804	13·58	0·3931	17·81	0·4046	22·23
Cl	0·8917	31·82	0·4254	19·28	0·3055	16·79

Hieraus geht hervor, daß der Prozentgehalt der Asche an Kali sich zu allen Zeiten der Laktationsperiode kaum ändert, während die Menge an Na_2O und Cl beständig abnimmt, die der übrigen Bestandteile ebenso stetig wächst. Ein weitgehender Parallelismus besteht in dem Verhältnis zwischen Gesamtasche und Stickstoff, die im Verlaufe der Laktation beide abnehmen, zwischen CaO, MgO und P_2O_5, zwischen Na und Cl, während Kalium, da seine Menge prozentualiter die gleiche bleibt, nur mit der Asche in Beziehungen gebracht werden kann. Das Verhältnis N : P_2O_5 beträgt in der rohen Milch 4·6 : 1 (Schloßmann 5·3 : 1).

Edelstein und v. Csonka benutzten für Eisenbestimmung in der Milch sowohl als jodomotorische Verfahren nach Neumann wie auch das von Lachs und Friedenthal (Biochemische Zeitschrift, 1911, S. 324). Für das erstere gelangte stets 1 l Milch zur Verwendung. Es zeigte sich, daß das Lachs-Friedenthalsche Verfahren bei kleinen Eisenmengen, 0·3 bis 0·7 mg, sehr gute Resultate liefert, während bei größeren, da die Farbenunterschiede sich nicht mehr genau erkennen lassen, Ungenauigkeiten eintraten. Die Untersuchungen ergaben, daß direkt ins Glas gemolkene Kuhmilch 0·4 bis 0·7, im Mittel 0·5 mg Fe im Liter enthält, daß also der Eisengehalt der Kuhmilch um $^1/_3$ bis $^1/_2$mal kleiner als der der Frauenmilch ist. Mischmilch desselben Stalles enthielt bereits bedeutend mehr Eisen, infolge der Berührung mit Metallgefäßen, die leicht Eisen an die Milch abgeben. Der jeweilige Eisengehalt der Kuhmilch hängt von der Behandlung der Milch (im Molkereibetriebe usw.) und von der Art der Entnahme ab. Nur so lassen sich die großen Differenzen in der Literatur erklären.

v. Soxhlet gibt den Eisengehalt der Kuhmilch zu 0·25 bis 1·2 mg, im Mittel zu 0·6 mg Fe_2O_3, den der Frauenmilch zu 1·2 bis 2·2, im Mittel zu 1·7 mg (Frühmilch) beziehungsweise 1·5 mg (Spätmilch) an. An einer Ziege vorgenommene Fütterungsversuche mit eisenreichem Material (Eisenoleat, Hämoglobin) ergaben keine nennenswerte Zunahme des Eisengehaltes der Milch. Langstein und Edelstein bemerken zu den Soxhletschen Angaben, daß sie die gleichen Werte für den Eisengehalt der Frauen- und Kuhmilch bereits früher gefunden haben. Stafford bestimmte den Eisengehalt der Ziegenmilch zu 1·27 bis 2·63 mg im Liter, also erheblich höher als den der Kuhmilch und annähernd ebenso hoch wie den Eisengehalt der Frauenmilch.

Nottbohm und Weißwange zeigten, daß die kolorimetrische Eisenbestimmung mit Rhodankalium ganz unzuverlässige Resultate gibt, sobald neben Eisen sich noch Phosphorsäure sowie die Karbonate des Kalziums und des Magnesiums vorfinden. Einwandfreie Resultate scheint man dagegen auch bei kleinsten Mengen zu erhalten, sobald man sich der Kupferronmethode bedient. Kupferron ist das Ammoniumsalz des Nitrosophenylhydroxylamins und ist befähigt, mit Eisen ein inneres komplexes Salz zu bilden, das selbst bei Gegenwart von erheblichen Mengen Mineralsäuren in der Kälte wasserunlöslich ist, sich dagegen leicht in Äther, Chloroform und anderen

organischen Lösungsmitteln löst. Sie empfehlen folgende Vorschrift: 100 cm^3 Milch werden, am besten in zwei Platinschalen, unter Glastrichtern auf dem Wasserbade eingetrocknet, im Lufttrockenschrank allmählich auf 150 bis 180° erhitzt und dann möglichst in einer Quarzmuffel verascht. Die völlige Veraschung nimmt man bei bedeckten Schalen über Pilzbrennern vor. Um die letzten Spuren Kohle zu entfernen, verreibt man die Asche mit etwas Wasser, trocknet wieder auf dem Wasserbade ein und glüht nochmals schwach. Die gänzlich weißgebrannte Asche wird zweimal mit eisenfreier Salzsäure auf dem Wasserbade zur Trockne eingedampft, mit zirka 40 $cm^3 \frac{n}{2}$ Salzsäure aufgenommen, in einen Erlenmeyerkolben übergeführt und nach Zusatz einiger Tropfen Salpetersäure oxydiert. Nach völligem Erkalten spült man die Aschenlösung in einen Scheidetrichter, versetzt mit 2 cm^3 einer 5%igen Kupferronlösung, mischt gut durch und läßt $^1/_4$ Stunde lang stehen. Dann schüttelt man die Lösung zweimal mit 25 cm^3 Chloroform aus, läßt die gelb bis grünlich gefärbte Chloroformschicht in einen 100 cm^3 fassenden weithalsigen Erlenmeyerkolben aus Jenenserglas fließen und destilliert das Chloroform auf dem Wasserbade bis auf die letzten Spuren ab, was durch Neigen des Kölbchens leicht zu erreichen ist. Der Rückstand wird durch vorsichtiges Erhitzen des Kölbchens über freier Flamme völlig verascht. Das nun deutlich wahrnehmbare Eisenoxyd bringt man durch Erwärmen mit Salzsäure und etwas Salpetersäure in Lösung, raucht noch zweimal mit Salzsäure ab und bestimmt schließlich in der üblichen Weise das Eisen kolorimetrisch. In einer gewöhnlichen Marktmilch wurden nach dieser Methode 0·13 mg Fe_2O_3 in 100 cm^3 gefunden. Es muß hierbei berücksichtigt werden, daß in diesem Falle eine mögliche Verunreinigung durch Eisen nicht ausgeschlossen war.

Poetschke bestimmte den Chlorgehalt der Kuhmilch im Mittel zu 0·17%. Das Verhältnis der Asche zu dem aus dem Chlorgehalt berechneten Chlornatrium beträgt 4·5 : 1.

Sonstige Bestandteile.

Schäfer stellte Untersuchungen über das Vorkommen von Urobilin in der Kuhmilch an. In der Milch fanden sich nur Spuren, im Kolostrum hingegen deutliche Mengen. (Bestimmung des Urobilins nach Schlesinger mit Zinkazetat.)

Enzyme.

Harden und Lane-Claypon prüften mittels Katheters vollkommen steril entnommene Kuh- und Ziegenmilch auf das Vorkommen von Fermenten. In beiden wurde Peroxydase und Katalase gefunden. Der Katalasegehalt der Ziegenmilch war höher als der der Kuhmilch. Aldehydkatalase wurde in Kuhmilch, nicht aber in Ziegenmilch gefunden.

Vollrath untersuchte die Milch von 54 teils an äußeren, teils an inneren Krankheiten leidenden Kühen auf ihren Gehalt an Peroxydase, Katalase, Diastase, Reduktase. Der Nachweis der Fermente erfolgte mit den üblichen Methoden. Zum Nachweise der Oxydase (!) wurde Guajaktinktur, der Peroxydase Paraphenylendiaminchlorhydrat verwendet. Zum Nachweise der Diastase benutzte Vollrath das von Koning angegebene Verfahren. Die Katalasemenge wurde mit 15 cm^3 Milch und 5 cm^3 1%iger Wasserstoffsuperoxydlösung in einem dem Henkelschen Apparate sehr ähnlichen bestimmt. Die Ablesung der Sauerstoffmenge erfolgte nach zwei Stunden. Zum Nachweise der Reduktase wurde das von Schern empfohlene Thermodioskop benutzt. 10 cm^3 Milch, 1 cm^3 Formalinmethylenblau nach Schardinger, Temperatur 45°. Er fand, daß der Gehalt der Milch an Oxydase und Peroxydase weder durch äußere noch durch innere Krankheiten beeinflußt wird. Bezüglich des Diastasegehaltes treten nur ganz geringe, nicht regelmäßige Abweichungen von der Norm auf. Die Erkrankung an Maul- und Klauenseuche führt in der Regel eine Erhöhung des Reduktase- und Katalasegehaltes herbei; diese Erhöhung bleibt meistens auch noch eine Zeitlang nach der Abheilung bestehen. Auch in einigen anderen Fällen (Bläschenausschlag, Retentio secundinarum, Indigestion, traumatische Perikarditis) wurde eine Erhöhung des Reduktase- beziehungsweise Katalasegehaltes angetroffen, aber nur ausnahmsweise. Bei anderen Fällen derselben Krankheiten blieb die Erhöhung aus. Nach der Ansicht Vollraths eignen sich die Enzymmethoden nicht zur Feststellung, ob eine Milch von äußerlich oder innerlich kranken Tieren (Euterentzündungen und Maul- und Klauenseuche ausgenommen) stammt. Eine Parallelität zwischen Reduktase- und Katalasegehalt bestand nicht.

Splittberger gibt eine vollständige Literaturübersicht über die Oxydasen und Reduktasen der Milch.

Kooper stellte eine Reihe von Versuchen an, die beweisen sollten, daß die von Hesse und Kooper behauptete Identität von Milchalkalität und Milchperoxydase zu Recht bestehe. Kooper vermutet, daß die Reaktion von einer bestimmten Bindung der Phosphorsäure an die Alkali- und Erdalkalimetalle abhängig sei. Grimmer zeigte, daß die Koopersche Anschauung vollständig haltlos ist, indem er aus Labserum das Milchalbumin und mit ihm die Peroxydase durch Ammoniumsulfat fällte und durch mehrfaches Lösen und Wiederfällen eine von sonstigen Milchbestandteilen nach Möglichkeit gereinigte Albuminlösung herstellte. Der Aschengehalt einer auf das Volumen der ursprünglichen Serummenge aufgefüllten Albuminlösung betrug 0·01%, ihre gegen Helianthin bestimmte Alkalinität 0·4 $cm^3 \frac{n}{4}$ H_2SO_4. Beide Werte entsprechen dem 70. bis 80. Teile derjenigen der Milch, die oxydierende Fähigkeit war aber im unverminderten Maß erhalten geblieben. Schließlich ließ sich eine solche Albuminlösung durch Schwefelsäure auf die Konzentration einer $\frac{n}{40}$ Säure (gegen Helianthin) bringen, ohne daß die Fähigkeit,

Guajaktinktur zu bläuen, verloren ging. Die Asche der Albuminlösungen wurde stets eisenhaltig befunden.

Hesse und Kooper stellten Versuche an, um eine neue Stütze für ihre früher ausgesprochene Ansicht zu finden, daß nämlich die Alkalinität der Milch die Ursache der Peroxydasereaktion sei. Zu diesem Zwecke wurde die Reaktion von rohen und erhitzten Labseren gegen Phenolphthalein, Helianthin und gegen oxydiertes Rothenfußersches Reagens bestimmt. Es ergab sich, daß durch das Erhitzen die Azidität gegen Phenolphthalein abnimmt. Die Alkalinität gegen Helianthin erfuhr in einigen Fällen eine Abnahme, in einigen anderen eine Zunahme, die gegen Rothenfußers Reagens bestimmte Alkalinität erlitt in den erhitzten Seren eine Abnahme. Beim Verdünnen der Seren mit Wasser nahm ihre Azidität gegen Phenolphthalein ab, ebenso die Alkalinität gegen Helianthin, während die gegen Rothensüßersches Reagens ausnahmslos anstieg. Die weiteren Versuche Hesses bestätigen die von Grimmer gemachte Beobachtung, daß das oxydierende Prinzip der Milch durch Ammoniumsulfat mit dem Milchalbumin fällbar ist und durch Behandlung der Fällung mit Wasser wieder in Lösung gebracht werden kann. Die so erhaltene Eiweißlösung zeigte eine ungeschwächte Peroxydasereaktion. Der Aschengehalt einer fünfmal umgefällten Albuminlösung betrug 0·02%, wovon nach kolorimetrischen Bestimmungen etwa der vierte Teil, also zirka 0·005%, auf Rechnung von Fe zu setzen sind. Wurde Milch verascht und die Asche mit Wasser ausgelaugt, so ergab der wasserlösliche Anteil keine Oxydasereaktion, während der unlösliche Teil mit frischem Rotherfußerschem Reagens erst nach längerer Zeit eine schwache, mit älterem, noch farblosem Rothenfußerschen Reagens sofort eine starke Violettfärbung gab. Diese Erscheinung wiederholte sich, so oft der gefärbte Rückstand mit Wasser ausgewaschen und aufs neue der Behandlung unterworfen wurde. Die Prüfung verschiedener Eisenverbindungen ergab, daß auch diese befähigt sind, Rothenfußersches und Arnoldsches Reagens zu oxydieren, insbesondere zeigte milchsaures Eisenoxydul in sehr großer Verdünnung viele Eigenschaften, die auch die Milch besitzt. Wurde eine solche Eisenlösung für sich allein oder mit Milch erhitzt oder zu erhitzter Milch zugesetzt, so trat keine Oxydation mehr ein, während eine durch nichterhitzte Eisenlösung hervorgerufene Färbung eines der genannten Reagenzien nach Zusatz von erhitzter Milch natürlich nicht verschwand. Auf Grund ihrer Versuche kommen Hesse und Kooper zu dem Schlusse, „daß anorganische Bestandteile an der Reaktion beteiligt sind, es jedoch in erster Linie nicht die Alkalität der Milch ist, die die Peroxydasereaktion hervorruft". Sie haben jetzt vielmehr folgende Anschauung: „Die Eigenschaft der rohen Milch, mit gewissen Reagenzien, wie dem Rothenfußerschen, Storchschen und Arnoldschen Reagens, in Gegenwart von Wasserstoffsuperoxydlösung Farbstoffe zu bilden, wird bedingt durch die katalytische Wirkung von Eisenverbindungen, wie das milchsaure Eisenoxydul." (Ich selbst habe mit Ferrolactat niemals eine Oxydation von Gujatinktur erzielen können.)

Ulmann fand den Katalasegehalt der Milch euterkranker Kühe stark erhöht, er war um so höher, je mehr die alkalische Reaktion zum Vorschein kam. Schardingerenzym ist zu Beginn einer Entzündung in normaler oder erhöhter Menge vorhanden, sehr stark vermindert bei hochgradiger Entzündung. In letzterem Falle fehlt oftmals auch Peroxydase. Der Diastasegehalt pathologischer Milch ist außerordentlich variabel.

Scheel fand, daß das Schardingerferment durchschnittlich 3 bis 4 Wochen post partum der Milch fehlt, daß aber Gesetzmäßigkeiten nicht vorhanden sind. Anfangsmilch frischmilchender Kühe reduziert im allgemeinen nicht, Milch von altmilchenden Kühen innerhalb 30 Minuten, Restmilch innerhalb 30 Minuten (mit Ausnahmen). Morgenmilch reduziert stärker als Abendmilch. Die Optimaltemperatur für Anfangsmilch liegt bei 45°, für Endmilch bei 65°, bei euterkranken Kühen tritt eine merkbare Verzögerung in der Reaktionsgeschwindigkeit ein, sobald das Sekret seröswässerig ist.

Usener bestätigt das Vorkommen einer salolspaltenden Substanz in der Frauenmilch, die nach ihrem ganzen Verhalten als ein Ferment angesprochen werden muß. Optimaltemperatur 37° C. Bei höherer Temperatur merkbare Abschwächung, vollständige Zerstörung bei 100° in 5 Minuten. Das Vorkommen der Salolase in der Frauenmilch und ihr Fehlen in der Kuhmilch hat insofern eine praktische Bedeutung, als bei der Medikation von Salol an Brustkinder oder solche, die im Allaitement mixte Frauenmilch erhielten, sich unangenehme Nebenerscheinungen (Erbrechen, Anorexie) bemerkbar machten, die bei Kuhmilchkindern ausblieben.

Salus (1) empfiehlt zur Bestimmung der Aldehydkatalase in der Milch folgende Ausführungsform: 2·5 cm³ konzentrierte alkoholische Methylenblaulösung, 0·5 cm³ 40%iges Formalin, 97 cm³ Wasser. Dieses Reagens wird der Milch zugesetzt, bei 50 bis 55° gehalten und nach 15 und 30 Minuten abgelesen. Kontrollproben: Die abgekochte Milch mit Methylenblaulösung gleicher Konzentration, gleicher Temperatur und gleicher Beobachtungsdauer. Burri und Kürsteiner fordern zur Prüfung auf die Fähigkeit der Milch, Formalin-Methylenblau zu reduzieren, die Vornahme der Reaktion bei 70°, da bei 45° noch eine einfache Methylenblaureduktion zustande kommen kann, die um so intensiver sein muß, je größer die Keimzahl ist. Die Reduktion von Formalin-Methylenblau beruht auf der Anwesenheit von Substanzen in der Milch, die Methylenblau allein zu reduzieren imstande sind, durch das Formalin wird lediglich eine ungeheuere Beschleunigung des Vorganges bewirkt, wobei der Reduktion des Farbstoffes eine Oxydation des Formaldehyds gegenübersteht.

Warfield fand in Frauenmilch ein peptolytisches Ferment, das Glyzyltryphtophan zerlegte. Das Enzym wird beim Erhitzen auf 75 bis 80° zerstört.

Haptine.

Köbele untersuchte Milch und Kolostrum auf das Vorhandensein von hämolytischem Komplement beziehungsweise Ambozeptor. Komplement wurde in 14 = 87·5%, Ambozeptor in 6 = 37·5% der untersuchten 16 Kolostralmilchen vorgefunden. Bei den verschiedenen Proben war der Grad der hämolytischen Wirksamkeit verschieden stark ausgeprägt. Das Komplement war in 6 Fällen nur an den ersten beiden Tagen post partum vorhanden, in 7 Fällen an den ersten 3 Tagen, in 1 Falle 5 Tage lang. Eine Ausdehnung über 2 bis 3 Wochen, wie sie von anderen Autoren beobachtet worden war, konnte nicht festgestellt werden. Hämolytischer Ambozeptor wurde nur am ersten beziehungsweise an den beiden ersten Tagen nach der Geburt vorgefunden. Die Entnahme des Kolostrums als Anfangs- oder Endmilch sowie das Melken oder Saugen des Kalbes hat keinen Einfluß auf das Vorkommen der Hämolysine beziehungsweise ihrer Menge in der Kolostralmilch. In Anfangs- und Endmilch waren Ambozeptor und Komplemente in gleichen Mengen enthalten. Infolge des nur sehr kurzen Vorkommens der Hämolysine in der Milch ist der Nachweis derselben für die Diagnose des Frischmilchendseins von ganz untergeordneter Bedeutung, da in dieser Zeit das Kolostrum chemisch und physikalisch als solches erkannt und eine vorausgegangene Geburt durch eine klinische Untersuchung ohneweiters festgestellt werden kann. Sowohl Ambozeptor wie auch Komplement werden als normale Blutbestandteile angesprochen, die infolge der zur Zeit der Geburt bestehenden Euterhyperämie in die Milch übertreten, wie ja Kolostrum überhaupt reich an normalen Blutbestandheiten ist.

Vonnahme fand in Rinderkolostrum 6 bis 24 Tage, in Ziegenkolostrum 17 Tage, in Schafkolostrum 5 bis 10 Tage, in Stutenkolostrum 8 Tage nach der Geburt hämolytisches Komplement.

Guthke beantwortet die Frage, ob es möglich sei, das Frischmilchendsein der Kühe mittelst der Komplementbindungsmethode nachzuweisen, in verneinendem Sinne.

Moser untersuchte die Milch von insgesamt 8 Fällen von akuter parenchymatöser, 2 Fällen von tuberkulöser sowie je 1 Fall von chronischer parenchymatöser und akuter katarrhalischer Mastitis auf ihre hämolytische Wirkung. Als System wurden Rinderblutserum-Kaninchenerythrozyten gewählt. Aus den vorliegenden Untersuchungen ergab sich, daß die Mastitismilch Komplement enthalten kann. In 11 von den untersuchten 12 Fällen gelang es, solches nachzuweisen. In der normal aussehenden Milch einer Kuh, die mit klinisch feststellbarer Eutertuberkulose behaftet war, war kein Komplement nachzuweisen. Die Milch einer andern Kuh, die ebenfalls an Mastitis tuberculosa litt, zeigte hämolytische Kraft, jedoch war bei diesem Tiere die Veränderung des betreffenden Euterviertels schon so weit vorgeschritten, daß auch die Milch des erkrankten Viertels in Farbe und Konsistenz eine Abweichung von normaler Milch zeigte. Diesem Grade der Veränderung entsprechend war

auch der Grad der Hämolyse. Allmählich mit dem Fortschreiten der Entzündung steigt auch die hämolytische Kraft des Sekrets an, um sich, nachdem sie den Höhepunkt erreicht hat, einige Zeit hindurch gleich zu bleiben und darauf wieder abzunehmen, und zwar in dem Maße, als das Sekret sich der Beschaffenheit der normalen Milch wieder nähert. Sie verschwindet in dem Momente, in dem das Sekret von normaler Milch im Aussehen überhaupt nicht mehr zu unterscheiden ist. Auch in den Fällen, in denen mit Abheilung der Entzündung das kranke beziehungsweise am stärksten betroffene Euterviertel versiegte, war ein Rückgang der Komplementmenge festzustellen, nachdem sie ihren Höhepunkt erreicht hatte. Die Behauptung von Sassenhagen, daß die Hämolyse ein gutes Mittel sei, um frühzeitig euterkranke Tiere von solchen mit gesunden Eutern sowie kranke Milch von gesunder zu unterscheiden, ist demnach eine zu weitgehende, Komplement tritt nach Mosers Erfahrungen erst dann in Erscheinung, wenn die Milch schon sinnfällige makroskopische Veränderungen aufweist. Daraus ergibt sich, daß die Hämolyse der Milch für die praktische Milchkontrolle nur einen bedingten Wert hat. Das Komplement ist in vielen Fällen in so geringer Menge in dem mastitischen Sekret enthalten, daß die Mischmilch sämtlicher 4 Viertel zu gleichen Teilen nur noch unvollständige beziehungsweise Spuren von Hämolyse zeigte.

Während hämolytisches Komplement mit einer Ausnahme in sämtlichen untersuchten Mastitismilchen enthalten war, gelang es nicht, hämolytischen Ambozeptor festzustellen. Daß ein solcher vorhanden sein mußte, geht daraus hervor, daß manche Mastitismilchen in einer Menge von 1 cm^3 ohne Zusatz von inaktiviertem Rinderserum 1 cm^3 1%iger Kaninchenerythrozytenaufschwemmung vollständig zu lösen vermochten, es gelang jedoch nicht, den Ambozeptor als solchen nachzuweisen.

Jundell untersuchte den Opsoningehalt der Frauen- und Kuhmilch mit Hilfe des Staphylococcus pyogenes aureus und fand ihn in beiden Milcharten gleich niedrig. Durch Kochen wurden die Opsonine zerstört. Die verschiedene Salzkonzentration beider Milcharten beeinflußt die Phagozyten nicht.

Aus der Arbeit von Le Blanc interessiert uns das Verhalten einiger Streptokokkenstämme zur Milch. Geprüft wurden vier Stämme von Streptococcus pathogenes und vier Stämme von Streptococcus mitior s. viridans. Die Milch wurde in folgender Weise vorbehandelt. Zu 100 cm^3 frischgemolkener Milch wurden 4 cm^3 Perhydrol Merck zugesetzt und das Gemisch 1 Stunde lang auf 56° C gehalten. Dann wurde die Milch durch Zusatz von 1 cm^3 Hepin von dem überschüssigen Wasserstoffsuperoxyd befreit. Die so erhaltene sterile Milch soll in jeder Hinsicht Rohmilcheigenschaften besitzen. Die in die Milch eingeführten Pathogenesbakterien zeigten keine Wachstumsbeschränkung, wohl aber die Mitisstämme. Bei einem Stamme erlosch das Wachstum nach zweimonatiger Überimpfung in Milch. Bei zwei anderen Stämmen wurde nach dreimaliger Überimpfung eine starke Wachstumshemmung beobachtet, während ein

Stamm durch die Milchpassage nicht beeinflußt wurde. Bemerkenswert ist, daß die Stämme, gegen welche Milch bakterizid wirkte, schon längere Zeit künstlich fortgezüchtet waren, während der letzterwähnte Stamm von den Erkrankungen frisch gezüchtet worden war, so daß die Möglichkeit vorliegt, daß die zuerst erwähnten Stämme bereits degeneriert waren.

Philipp beschäftigte sich mit der biologischen Differenzierung der drei Milcheiweißkörper. Das Kasein wurde aus der gefrorenen und wiederaufgetauten Milch durch Essigsäure gefällt, das Globulin durch Halbsättigung der Molke mit $(NH_4)_2SO_4$, das Albumin durch Ansäuren des Globulinfiltrates. Er fand, daß es mit Hilfe der Komplementbindungsmethode möglich ist, diese drei Eiweißkörper zu differenzieren. Die Differenz zwischen Kasein einerseits und Albumin und Globulin anderseits ist größer als die zwischen den beiden letzteren untereinander, woraus zu schließen ist, daß Globulin und Albumin näher miteinander verwandt sind als mit dem Kasein. Das Globulin ist der biologisch wirksamste der drei Eiweißkörper. Wegen der Verwandschaftsreaktion derselben untereinander eignet sich die biologische Methode nicht zur Prüfung auf chemische Reinheit der Eiweißkörper.

Bauer studierte, veranlaßt durch die Besredkasche Auffassung, daß die Milchantianaphylaxie durch eine Komponente, die er die vakzinierende oder immunisierende nennt, hervorgerufen wird, welche von der sensibilisierenden und der toxischen verschieden ist und die von Besredka „Laktoprotein" genannt wird, die Erscheinungen der Milchantianaphylaxie. Seine Befunde bestätigen die Beobachtungen von Bessau, welcher gefunden hatte, daß bei einem Tiere, das mit zwei Antigenen sensibilisiert wurde, die Injektion des einen Antigens vor der tödlichen Wirkung des andern schützt. Die Milch stellt nicht ein einheitliches Antigen vor, sie enthält deren vielmehr drei, Kasein, Albumin, Globulin. Ein mit Milch sensibilisiertes Tier erhält also außer dem Kasein als Antigen noch Albumin und Globulin, welche gegen eine sonst tödliche Gabe der Gesamtmilch wie auch des Kaseins schützend wirken. Es handelt sich also nicht um eine besondere Substanz der Molke, die vor der anaphylaktischen Kraft der Milch schützt, sondern es kommt in diesem Schutze der Molke nur ein allgemeines biologisches Gesetz zum Ausdrucke. Das milchüberempfindliche Tier ist sowohl kaseinüberempfindlich als auch molkenproteinüberempfindlich. Durch die Injektion einer untertödlichen beziehungsweise unterkrankmachenden Dosis des Molkenproteins wird ein spezifischer Status anaphylacticus hervorgerufen. Das Tier ist somit für einige Zeit geschützt gegen die Wirkung des Anaphylatoxins, welches z. B. durch eine Injektion von Kasein hervorgerufen werden kann.

Kassowitz versuchte die Frage, ob eine Sensibilisierung gegen Kuhmilch auf enteralem Wege möglich ist, in der Weise zu lösen, daß er junge, auf Kuhmilchkost gesetzte Hunde mit Podophyllin behandelte und 4 Wochen nach ihrer Wiedererholung intraperitoneal 2 cm^3 einer 0·5%igen Kaseinlösung injizierte. Von 11 Tieren zeigten nach dieser Behandlung 8 eine deutliche Überempfindlichkeit, die

sich in Erbrechen, dyspeptischen Stühlen, Dyspnoe, Zittern und Parese der Gliedmaßen äußerte. 6 Tiere gingen im Verlaufe einer Woche ein, 2 erholten sich. 7 Kontrolltiere, die nicht mit Podophyllin behandelt worden waren, blieben nach der Kaseininjektion vollkommen gesund. Danach scheint es so, als ob die entzündete Magendarmschleimhaut für natives Eiweiß durchlässig wäre. Nach Untersuchungen von Laroche, Richet und St. Girons scheint es, daß die Ernährungsanaphylaxie keine spezifische ist, da die mit Kuhmilch ernährten Meerschweinchen auch bei der Injektion von Esels- oder Frauenmilch reagierten. Eine passive Anaphylaxie ließ sich mit dem Serum der durch Kuhmilch alimentär sensibilisierten Meerschweinchen nicht erzeugen. Lust hält die Idiosynkrasie gegen Kuhmilch auf Grund der meisten klinischen Beobachtungen für eine anaphylaktische Erscheinung, wenngleich für diese Annahme bisher kein einwandfreier Beweis erbracht werden konnte.

Silvestri faßt die Idiosynkrasie gegen Milch wie gegen Nahrungsmittel überhaupt als anaphylaktische Erscheinungen lokaler Natur auf, die histogener Natur sind, da im Blute in solchen Fällen eine anaphylaktische Substanz nicht nachgewiesen werden konnte.

Kleinschmidt versuchte die verschiedenen Milcheiweißkörper mit Hilfe der anaphylaktischen Methode zu differenzieren. Die von ihm angestellten Versuche ergaben folgendes:

1. Mit Kasein vorbehandelte Tiere waren überempfindlich für Milch und Kasein, nicht aber für Milchalbumin und Globulin und für Rinderserum.

2. Mit Rinderserum vorbehandelte Tiere reagierten auf Milchalbumin und -globulin, nicht auf Kasein.

3. Mit Globulin vorbehandelte Tiere reagierten auf Rinderserum, Milchalbumin und Milchglobulin, nicht aber auf Milch.

4. Mit Milchalbumin vorbehandelte Tiere reagierten auf Rinderserum, Milch, Milchalbumin und -globulin, nicht auf Kasein.

5. Mit Kasein vorbehandelte Tiere waren für Frauenmilchkasein nicht überempfindlich.

Bei der Injektion von Kaseinlösungen in das Blut von Kaninchen beobachtete Klein regelmäßig das Auftreten von zwei verschiedenen Präzipitinen, die nach ihrem Verhalten gegen Kalksalze als Kalziumkaseinpräzipitin beziehungsweise Kaseinpräzipitin bezeichnet werden. Bei kürzerer Immunisierungsdauer trat vorwiegend Kalziumkaseinpräzipitin auf, während Kaseinpräzipitin erst nach länger andauernder Injektion von Kaseinlösungen auftrat. Die beiden Präzipitine unterscheiden sich im wesentlichen durch folgende Eigenschaften: Das Kalziumkaseinpräzipitin wirkt ausschließlich bei Anwesenheit von $CaCl_2$ (optimale Konzentration 0·5% $CaCl_2$), während das Kaseinpräzipitin am stärksten bei Abwesenheit von $CaCl_2$ wirkt und mit steigendem Kalkgehalt der zu präzipitierenden Lösungen an Wirksamkeit einbüßt. Beide Präzipitine werden sowohl durch eine erhöhte Alkalinität der Kaseinlösung sowie durch Verdünnung des Serums mit physiologischer Kochsalzlösung geschwächt, das Kaseinpräzipitin aber nicht in höherem Maße als das Kalziumkaseinpräzi-

pitin. Das erstere wird bei der Verdünnung der Seren durch die ausfallenden Globuline mit niedergerissen, das letztere nicht. Zunehmendes Alter des Serums sowie halbstündige Erwärmung desselben auf 55° C schwächen die Wirksamkeit des Kaseinpräzipitins, nicht aber die des Kalziumkaseinpräzipitins. Die äußerste Empfindlichkeit der Kalziumkaseinpräzipitine reicht bis zu $^1/_{30}$ mg Kasein, die der Kaseinpräzipitine bis $^1/_{100}$ mg Kasein. Die Kaseinpräzipitine hemmen die Wirkung der Kalziumkaseinpräzipitine. Die Bildung der beiden Präzipitine erklärt Klein durch das Vorhandensein von zwei verschiedenen antigenen Gruppen im Kaseinmolekül, von denen die eine, die die Bildung von Kalziumkaseinpräzipitin bewirkt, früher zur Wirkung gelangt als die andere, die stärker antigene Eigenschaften besitzt als die erstere.

Galli-Valerio und Bornand empfehlen die Anwendung von Laktoseren zur Kontrolle verschiedener Genußmittel; sie lassen sich auch zur Kontrolle der Kaseinverdauung verwerten.

Physikalisches, Reaktion.

Mai stellte Versuche darüber an, inwieweit die Milch durch Gefrieren verändert wird. Zu diesem Zwecke wurde Milch in Kannen bei verschieden tiefer Temperatur der Winterkälte ausgesetzt und dann die festen und flüssigen Anteile voneinander getrennt untersucht. Zunächst wurde festgestellt, daß Milch niemals in dem Maße friert, wie Wasser, das bei der gleichen Temperatur aufbewahrt wurde. In allen Fällen fand eine beträchtliche Entmischung statt und die verschiedenen Anteile der gefrorenen Milch hatten dementsprechend eine sehr verschiedene Zusammensetzung, wie aus folgendem Beispiel besonders deutlich ersichtlich ist.

	Spezifisches Gewicht	Lichtbrechung	Fett	Fettfreie Trockensubstanz	Säuregrad
Ursprüngliche Milch . .	1,0317	38·5	3·4%	8·87%	6·5
Oberes lockeres Eis . .	1·0233	37·5	11·1%	8·57%	—
Festes Eis an der Wand	1·0165	28·0	3·2%	4·92%	—
Flüssiggebliebener Teil .	1·0534	52·2	2·0%	13·85%	—
Wiedervereinigt	1·0321	38·5	3·3%	8·95%	7·3

Auf Geruch und Geschmack der Milch hat das Gefrieren keinerlei bemerkbaren Einfluß, ebensowenig auf die Peroxydase. Aus den Befunden geht hervor, daß bei Frostwetter der Entnahme von Milchproben besondere Sorgfalt zu widmen und vor allen Dingen darauf zu achten ist, ob sich in den Transportgefäßen, denen die Proben entnommen werden, kein Milcheis befindet, weil die gefrorenen Teile die Beschaffenheit gewässerter Milch besitzen. Gefroren gewesene Milch scheint nach dem Auftauen leichter zu verderben als andere Milch.

Die von Kreidl und Lenk (1) mit Hilfe der Kapillarsteighöhe ermittelte Viskosität der Frauenmilch nimmt von der Geburt bis

zum 2. beziehungsweise 3. Laktationsmonat ab, um hierauf um ein geringes wieder anzusteigen. Sie verläuft parallel mit dem Kaseingehalte der Milch und ist meistens nur von diesem abhängig.

In einer weiteren Mitteilung über die Kapillarität der Milch verschiedener Tierarten zeigen Kreidl und Lenk (2), daß die Steighöhe der Milch abhängig ist von der Menge des Wassers, des Fettes, der Eiweißstoffe und der übrigen gelösten Bestandteile. Von wesentlichem Einflusse ist die Kaseinkonzentration, durch welche in erster Linie die Steighöhe beeinflußt wird, während der physikalische Zustand des Kaseins von nur untergeordneter Bedeutung ist. Dies ergab sich aus dem Vergleiche von Pferdemilch und Frauenmilch. Beide haben den gleichen Kaseingehalt und nahezu gleiche Steighöhe, bei Pferdemilch ist das Kasein ultramikroskopisch sichtbar, bei Frauenmilch nicht. Der Einfluß des Fettgehaltes ist wesentlich geringer und macht sich nur bei sehr fettreichen Milcharten (Hundemilch, Katzenmilch) geltend. Die Steighöhen von Kaseinlösungen waren proportional ihren Konzentration.

Baragliola tritt für eine Trennung der Begriffe „Säuregrad" und „Säuregehalt" auch bei der Milch und ihren Produkten ein, so wie dies bereits van Dam getan hatte. Als Säuregrad (nach van Dam „aktueller Säuregrad") bezeichnet Baragliola die Wasserstoffionenkonzentration, als Säuregehalt oder Säurewert (nach van Dam „potentieller Säuregrad") den Gehalt an titrierbarer Säure.

Moro berichtet über eine neue Farbenreaktion von Kuh- und Frauenmilch. Wenn man 5 cm^3 davon mit 2 Tropfen einer 1%igen Neutralrotlösung versetzt, so färbt sich Kuhmilch rotviolett, Frauenmilch gelb. Mit dieser Reaktion sind noch 10% Kuhmilch in Frauenmilch nachweisbar. Bei gewöhnlicher Temperatur schlägt der Farbenton in Frauenmilch nach 30 Stunden in Rot um, einstündiger Aufenthalt im Eisschranke hat denselben Effekt, bei Erwärmung auf Zimmertemperatur tritt aber wieder Gelbfärbung ein.

Frick untersuchte den Einfluß von Euterentzündungen auf die Reaktion der Milch. Er fand, daß die Azidität um so niedriger wird, je größer die Leukozytenzahl in der Milch ist. Diese Verhältnisse finden sich auch bei der altmelken Milch trächtiger Kühe, während bei nichträchtigen Kühen normale Verhältnisse vorliegen. Die Hoybergsche Methode mit Rosolsäure zur Erkennung von Euterentzündungen ist als unbrauchbar zu bezeichnen, zu empfehlen hingegen Trommsdorff.

Lab und Labgerinnung.

Rütimeyer spricht sich auf Grund geringgradiger Unterschiede zwischen Pepsin- und Labwirkung in verschiedenen untersuchten Magensaftproben von Menschen (Ewaldsches Probefrühstück) gegen die Identität von Pepsin und Lab aus. van Dam (1) stellte vergleichende Versuche mit Pepsin des Kalbes, Schweines und Rindes an. Die Verdauungsversuche, die mit Kasein vorgenommen wurden, wurden

in sehr schwach saurer Lösung (Salzsäure, Natriumhydrophosphat, Essigsäure) mit einer solchen H-Ionen-Konzentration vorgenommen, daß noch kein Kasein gelöst werden konnte. Es ergab sich, daß in allen Fällen die Verdauung parallel der Gerinnungsgeschwindigkeit verläuft, daß also für das verdauende und die Gerinnung bewirkende Agens nicht notwendig zwei verschiedene Fermente angenommen werden brauchen, um so weniger, als die Verdauungsprodukte in stark saurer und in schwach saurer Lösung vollständig identisch zu sein scheinen. Burge ließ Lösungen von Handelslab, die sowohl peptisch wie auch milchkoagulierend wirkten, während der Dauer von 25 Stunden einen elektrischen Strom von 10 Milliampère passieren. Nach der genannten Zeit war die peptische Wirksamkeit vollkommen verschwunden, während die Labwirkung in unveränderter Stärke bestehen blieb.

Allemann bestätigte durch seine Versuche die Angabe van Dams, daß die Labgerinnung der Milch von der Wasserstoffionenkonzentration abhängig ist, während der eigentliche durch Titration ermittelte Säuregrad nicht in dem Maße, wie es nach der gewöhnlichen Versuchsanordnung scheinen könnte, in Betracht kommt. Es rührt diese Erscheinung daher, daß die Milch infolge ihres Gehaltes an sekundären Phosphaten ein großes Vermögen besitzt, als Reaktionsregulator zu funktionieren, indem bei Säurezusatz die sekundären Phosphate in primäre umgewandelt werden. Ist diese Umsetzung vollständig erfolgt, ist auch die Regulationsfähigkeit beendet. Diese Regulationserscheinungen lassen sich durch Anwendung des von Michaelis empfohlenen Natriumazetat-Essigsäure-Gemisches vermeiden, dann tritt auch die Abhängigkeit der Gerinnungsgeschwindigkeit von der H-Ionen-Konzentration deutlich hervor.

Hedin (1) setzte seine Untersuchungen über die Hemmungskörper des Labes fort und fand, daß bei der Behandlung neutraler Infusionen der Magenschleimhaut vom Meerschweinchen, Kalb, Schwein und Hecht mit Ammoniak und nachfolgendem Neutralisieren mit H_2SO_4 die geringe Labwirkung derselben aufgehoben und die Wirkung neutraler aktiver Lablösungen von derselben Tierart gehemmt wird, während von anderen Tierarten herrührende Lablösungen unbeeinflußt bleiben. Dieser spezifische Hemmungskörper ist kochbeständig. Auch beim Kochen der nicht mit NH_3 behandelten Infusionen blieb dieser erhalten, während er nicht mehr vorhanden war, wenn die neutralen Infusionen vor der Behandlung mit NH_3 durch HCl aktiviert wurden. Hier trat auch nach dem Kochen kein Hemmungskörper auf, ausgenommen bei Kalbsmageninfusionen, die die Labwirkung nach dem Aktivieren, Neutralisieren und Kochen hemmten, aber nicht in artspezifischer Weise, da in gleichem oder teilweise noch größerem Umfange auch die Wirkung anderer Labarten gehemmt wurde. Hier zeigte sich auch nicht das Reihenfolgephänomen, das darin besteht, daß die Hemmung der Labwirkung eine größere ist, wenn Lab und Hemmungskörper vor dem Zusatze zur Milch einige Zeit miteinander in Berührung waren.

Allaria (1) stellte fest, daß Zusatz von Speichel von Säuglingen die Labgerinnung der Kuhmilch merklich herabsetzt, diese Herabsetzung ist bei demselben Speichel proportional der zugesetzten Speichelmenge, sie variiert bei verschiedenen Speicheln. Kochen des Speichels vernichtet die verzögernde Wirkung desselben nicht. In gleichem oder noch höherem Maße wird die Labgerinnung der Milch durch Wasser verzögert.

Nach weiteren Untersuchungen von Allaria (2) besitzt das Labgerinnsel, das nach Speichelzusatz zur Milch erhalten wurde, eine viel lockerere Konsistenz als ohne Speichel erhaltenes Gerinnsel. Diese geringere Festigkeit wird auch durch gekochten Speichel erzielt.

Normales Blutserum, insbesondere Pferdeserum, vermag die Labwirkung bekanntlich zu hemmen. Nach Untersuchungen von Hedin (2) ist diese Hemmung keine spezifische, Pferdeblutserum hemmte die Labwirkung sowohl von Kälber- wie auch Schweine-, Schaf- und Meerschweinchenlab, ganz analog verhielten sich normales Kalbs- und Kaninchenblutserum. In allen Fällen wurde die Beobachtung gemacht, daß das von derselben Tierart herrührende Lab nicht gehemmt wurde, Pferdeserum übte also keine Wirkung auf Pferdelab, Kalbserum keine auf Kälberlab und Kaninchenserum keine auf Kaninchenlab. Das durch Injektion von Lab erhaltene Antiserum jedoch erwies sich als durchaus artspezifisch. Zur Gewinnung von Immunserum wurden Kaninchen verwendet. Es zeigte sich nun, daß es nicht gleichgültig ist, in welcher Weise die Immunisierung erfolgt. Bei der Verwendung von neutralen Kalbsmageninfusionen, in denen das Ferment in seiner Vorstufe enthalten war, trat eine viel intensivere Hemmung ein, als wenn Infusionen verwendet wurden, die zunächst durch HCl aktiviert und dann neutralisiert worden waren. Nur nach sehr lange fortgesetztem Immunisieren wurde mit dem aktiven Lab derselbe Hemmungsgrad erhalten wie mit dem Zymogen. Das mit Kälberlab erzielte Immunserum hemmte in geringem Maße auch die Wirkung von Schaflab. Wurde nicht Lab oder Labzymogen, sondern der durch Behandlung mit NH_3 gewonnene Hemmungskörper zur Immunisierung verwandt, zeigte sich eine ähnliche Wirkung wie bei der Verwendung des Zymogens. Dieser Umstand sowie der, daß beide Hemmungen artspezifisch sind, veranlaßt Hedin zu der Annahme, daß zur Bildung von Antilab vorzugsweise der Hemmungskörper dient. Beide unterscheiden sich dadurch, daß der Hemmungskörper hitzebeständig ist, das Antilab aber nicht. Hedin nimmt nun auf Grund seiner Beobachtungen die Möglichkeit an, daß im Labzymogen zwei Hemmungskörper enthalten sind, von denen der eine hitzebeständig und säurebeständig ist, der andere hingegen nicht. Zu dieser Annahme veranlaßt ihn der Umstand, daß der durch Erhitzen der nicht behandelten Infusionen erhaltene Hemmungskörper durch Salzsäure nicht verschwindet. Der Umstand, daß im vorliegenden Falle das Zymogen, d. h. das den Antikörper enthaltende Substrat und auch der freie Hemmungskörper stärker antikörperbildend wirkt als freies Lab, scheint gegen die Ehrlichsche Seitenstellentheorie zu sprechen,

da man nach dieser erwarten sollte, daß die Bildung von Antikörpern um so ausgiebiger erfolgte, je mehr Antigen (in diesem Falle Lab) zugeführt wird.

Müller fand, daß das Kühlen der Milch auf zirka 10° einen deutlich hemmenden Einfluß auf die Gerinnungsgeschwindigkeit durch Lab hat. Die Hemmung wächst mit der Dauer der Abkühlung. Das Fett spielt hierbei keine Rolle, da auch Magermilch diese Erscheinung zeigt. Zentrifugieren und starkes Schütteln beeinflussen die Gerinnung ebenfalls ungünstig, so daß es sich empfehlen würde, nur frische Milch zu Labbestimmungen zu verwenden.

Pallmann fand bei Kolostrum, altmelker Milch und Mastitismilch deutlich herabgesetzte Labfähigkeit. Die Labfähigkeit ist nach Pallmann brauchbar zur Ermittelung pathologischer Sekrete.

Gerber (1) untersuchte den Einfluß des Jods auf die Labgerinnung der Milch. Er stellte fest, daß in geringer Menge das Lab vom Typus Vasconcella gehemmt, in größerer, nachdem zunächst die Hemmung mit erhöhter Jodgabe zugenommen hatte, jedoch eine fördernde Wirkung zu beobachten ist. Bei dem Lab vom Typus Broussonetia liegen die Verhältnisse umgekehrt. Hier wirken kleine Dosen fördernd, mit zunehmenden Jodmengen steigt zunächst die Beschleunigung, um dann allmählich abzunehmen, ohne daß es indessen zu einer ausgesprochenen Hemmung käme. Als Quecksilberjodid entwickelte das Jod die geschilderten Eigenschaften in höherem Maße als in freiem Zustande.

Agulhon unterwarf verschiedene Fermente der Bestrahlung durch verschiedene Lichtarten bei Gegenwart oder Fehlen von Sauerstoff. Bezüglich des Labs fand er, daß dieses nur durch ultraviolette Strahlen bei Gegenwart oder Abwesenheit von Sauerstoff stark angegriffen wird.

An der Hand der in der Literatur niedergelegten sowie eigener Versuche kommt van Dam (2) zu dem Schlusse, daß die Milch als solche zur Bestimmung der Labstärke eines Labpräparates unbrauchbar ist. Eine andere Versuchsanordnung, die koagulierende Wirkung auf reine Kaseinkalklösungen zu bestimmen, ist, da verschiedene andere Faktoren das Ergebnis zu beeinflussen vermögen, ebenfalls nicht zu empfehlen. Hingegen bietet einen sicheren Weg zur Wertbestimmung des Labs die Verdauungskraft desselben auf das gebildete Parakasein, da nach früheren Untersuchungen von van Dam die Verdauungskraft des Labs unter Bedingungen, bei denen Pepsin unwirksam ist, ceteris paribus parallel seiner koagulierenden Wirkung verläuft.

Die Wirksamkeit eines Labpräparates wird dann in einfacher Weise mit der eines „Normallabs" verglichen, dessen Lab- oder vielmehr Verdauungskraft in folgender Weise bestimmt wird. Es wird eine 1%ige Lösung hergestellt, die möglichst farblos sein und nicht alkalisch reagieren soll (Rosolsäure). Mit dieser wird ein Verdauungsversuch mit gereinigtem Kasein ausgeführt. 50 bis 60 g Kasein werden in 8 l Wasser suspendiert und die Suspension mittels Rührwerks in ständiger Bewegung erhalten, während man pro Gramm

wasserfreier Substanz 2·8 bis 2·9 cm³ $\frac{n}{5}$ Natronlauge hinzutropfen läßt, bis man eine gegen Lackmus schwachsaure Lösung erhält. Diese wird durch ein Saugfilter filtriert und unter beständigem Rühren mit Essigsäure gefällt. Das abgeschiedene Kasein wird mehrmals dekantiert und dann fein verrieben. Der ganze Vorgang wird noch zweimal wiederholt. Dann wird das Kasein mit Alkohol zwei bis dreimal verrieben, ebenso mit Äther und schließlich 24 Stunden an der Luft getrocknet. Von dem so gewonnenen Kasein wird so viel, als 0·8 g wasserfreien Material entspricht, in ein 100 cm³ -Kölbchen gewogen und mit 100 cm³ eines Azetatgemisches, das aus 20 cm³ $\frac{n}{1}$ Essigsäure, 10 cm³ $\frac{n}{1}$ Natronlauge und 70 cm³ Wasser besteht, versetzt, ein zweites Kölbchen wird in derselben Weise gefüllt. Beide Kolben werden im Wasserthermostaten unter beständigem Rühren auf 30° erwärmt und nach einigen Stunden in den einen Kolben 1 cm³ rohe, in den andern 1 cm³ erhitzte Lablösung (10 Minuten auf 90 bis 100° erhitzt) gefügt, dann wird 24 Stunden bei 30° geschüttelt und dann filtriert. In 75 cm³ des Filtrates wird der Stickstoffgehalt nach Kjehldahl bestimmt. Bei einem Labpräparate von der Stärke 1 : 100.000 bilden sich 26·5 cm³ $\frac{n}{10}$ löslicher Stickstoffsubstanz.

Die Wirksamkeit und Parallelität mit der Labwirkung ist an Kalbsmageninfusionen nachzuprüfen. Wird die „Verdauungszahl" zu einem andern Werte a bestimmt als 26·5, so berechnet sich die Labstärke in folgender Weise: $26{\cdot}5^2 : a^2 = 100.000 : \times$.

Graber beobachtete, daß für die Bestimmung der Labstärke die Art der Zusammensetzung der Milch eine große Rolle spielt. Vor allen Dingen kommt die Menge der anorganischen Salze, besonders der Kalksalze in Betracht. Weiterhin ist die Art des Mischens von Milch und Lab sowie die Temperatur, bei welcher die Milch vor und während des Versuches gehalten wurde, in Rücksicht zu ziehen.

Lindet fand in dem aus der Milch durch Lab niedergeschlagenen Gerinnsel 3·50 bis 3·55% P_2O_5 und 3·10 bis 3·80% CaO. Vom Phosphor ist die Hälfte in Form von Kalziumphosphat vorhanden, die andere Hälfte in Form einer organischen Verbindung, die durch Kalkmilch unter Bildung von Kalziumphosphat verseift wird. Der Kalk ist zu 60% an Phosphorsäure, zu 40% an das Parakasein gebunden.

Wohlgemuth fand in menschlichem Pankreassaft (aus einer Fistel stammend) eine schwache Labwirkung. Im inaktiven Safte war keine solche zu bemerken, sie trat erst nach der Behandlung des Saftes mit Enterokinase respektive $CaCl_2$ hervor.

Nach Untersuchungen von Mellanby verläuft die Koagulation der Milch durch das Labferment der Pankreas in ganz analoger Weise wie beim Labferment des Magens, jedoch sind zur Koagulation erheblich höhere Mengen von Kalksalzen nötig, die durch Barium-,

Strontium- und Magnesiumsalze ersetzt werden können. Hinsichtlich der Labproteasefrage stellt sich Mellanby auf die Seite der Unitarier.

Berg fand in Ecballium elaterium ein Labferment, das gekochte Milch besser koagulierte als rohe Milch. Gegen Hitze ist es sehr resistent. Am reichlichsten tritt es in den Früchten auf. Castex berichtet über das in den Staubfäden von Cynara cardunculus enthaltene Labferment (Zynarase) und über die Möglichkeit seiner Verwendung an Stelle des tierischen Labs.

Wirkung des Erhitzens.

Schulz beobachtete den Übergang von Kieselsäure in die Milch, wenn diese in Glasflaschen sterilisiert wurde.

Histologie und Physiologie.

Will beobachtete, daß, nachdem Säuglinge aus irgend welchen Ursachen vorzeitig der Brust entwöhnt worden waren, noch nach Wochen eine erneute Milchsekretion hervorgerufen werden konnte, wenn die Kinder wieder regelmäßig angelegt wurden. Die Sekretion konnte dann monatelang wieder in Gang erhalten werden.

Nach Bouin und Ancel bestehen während der Gravidität beim Kaninchen zwei Entwicklungsphasen der Milchdrüse, die erste Phase besteht in einem Wachstum der Drüse, die vom Corpus luteum bewirkt wird, während die zweite Phase, in welcher die sekretorische Tätigkeit vorbereitet wird, durch das Sekret einer nur in der zweiten Hälfte der Gravidität bestehenden Drüse in der Uterusmuskulatur bedingt werden soll. Die Funktion der Milchdrüse ist nach Mackenzie nicht eine nervöse, sondern steht ausschließlich unter dem Einflusse chemischer Stoffe, der Hormone. Die Hormone werden gebildet von der Hypophyse, dem Corpus luteum, der Glandula pinealis, dem puerperalen Uterus und der laktierenden Drüse selbst. O'Donoghue betrachtet das Corpus luteum als eine Drüse mit innerer Sekretion, deren Sekret das Wachstum der Milchdrüse beschleunigt.

Nolf konnte bei der Injektion von Kuh- oder Frauenmilch oder einer Kuhkaseinlösung bei milchgebenden Frauen stets eine Erhöhung der Milchsekretion beobachten. Dieser günstige Einfluß zeigte sich stets erst nach einigen Tagen. Lanzun - Brown empfiehlt bei abnehmender Milchmenge der Frauen die Verwendung des Laktagols als Laktagogum. Nach der Injektion von Infundibulin bei zwei Wöchnerinnen beobachtete Scott eine starke milchbildende Wirkung.

Foa durchströmte laktierende Schafmilchdrüsen mit Ringerscher Lösung. Es wurde hierbei eine salzhaltige Flüssigkeit sezerniert, die kein Fett, Eiweiß und Zucker enthielt. Nach Zusatz von Traubenzucker und Olivenöl enthielt das Sekret Laktose und ein Fett, dessen Jodzahl von der des Olivenöls differenzierte. Kaseinhaltige Sekrete wurden nur dann erhalten, wenn Schafblut durch die Drüse geleitet wurde. Zusatz von Fettsäuren zur Ringerlösung mit oder ohne Gly-

zerin bewirkte schwere Schädigungen der Drüse, ohne daß es zur Sekretion von Fett kam.

Perrin fand, daß durch die Einwirkung von Quecksilberdämpfen es in den Azinis der Milchdrüse zunächst zu einer Hypersekretion kommt, später tritt ein vollkommenes Versagen der Drüse ein. Borrino fand in der laktierenden Drüse eine Nuklease, die in der nicht milchenden Drüse fehlte.

Adler beobachtete nach der subkutanen Injektion von Milchdrüsenextrakten eine lebhafte nachteilige Wirkung auf Embryonen, vielfach starben die Föten ab und verblieben im Uterus, anderseits wurden lebende, reife und unreife, aber sehr lebensschwache und tote unreife und reife Junge zur Welt gebracht. Am wirksamsten waren Kochsalzextrakte milchender Tiere, kurz nach der Geburt.

Scherbak entfernte jungen Ziegen die Milchdrüse und beobachtete als Folge der Operation ein späteres und weniger intensives Auftreten der Brunst. Die Tiere waren aber fruchtbar und warfen nach einer vollkommen normalen Trächtigkeitsdauer. Scherbak schließt, daß die Milchdrüse ein die Brunst beförderndes inneres Sekret liefert. Bei der Sektion der operierten Tiere ergab sich, daß der Uterus erheblich leichter war als bei nicht operierten Tieren, eine Erscheinung, die ebenfalls auf das Fehlen des inneren Sekretes der Milchdrüse zurückgeführt wird.

Scholz berichtet einen Fall von ganz abnormer Knochenbrüchigkeit bei einem $1^1/_2$ Jahre alten Kinde, die jeder Therapie trotzte. Eine sehr bemerkbare Besserung trat indessen ein, als dem Kinde 5 Monate lang die Milch einer ovariektomierten Ziege verabreicht wurde. Scholz erklärt sich diese Erscheinung so, daß er annimmt, daß in die Milch jedes Tieres Produkte der inneren Sekretion von Organen ausgeschieden wurden, von denen die einen, den Kalkstoffwechsel hemmenden, aus dem Ovarium stammen, während das Produkt eines andern Organs die Knochenverkalkung anregte. Durch Kastration würde dementsprechend das verkalkungshemmende Prinzip entfernt und das verkalkungsfördernde seine Tätigkeit ungehindert entfalten können.

Kolostrum.

Engel und Dennemark untersuchten, ob in den Eigenschaften des Kolostrums und seinem Übergang in die normale Milch bei erst- und mehrgebärenden Tieren irgend welche Unterschiede bestehen. Dies war nicht der Fall. Bei einer an Milchfieber erkrankten Kuh blieb trotz einer an sich ungestörten Laktation die Verteilung der Eiweißkörper wochenlang auf einem koloströsen Stadium (hoher Gehalt an Eiweißkörpern und Zurücktreten des Kaseins zugunsten der koagulablen Eiweißkörper Albumin und Globulin). Das Schafkolostrum verhält sich ganz ähnlich wie das der Kuh, nur daß die kolostralen Eigenschaften nicht in demselben ausgesprochenen Maße auftraten wie beim Rinde. Stutenkolostrum zeichnete sich im Gegensatze zu dem Kolostrum der Wiederkäuer dadurch aus, daß es kasein-

reicher ist wie die Milch und sich erst allmählich auf den normalen Kaseingehalt der Stutenmilch einstellt. Sämtlichen Kolostrumarten war aber eigentümlich, daß der stärkste Umschwung in der Zusammensetzung sich vom 1. bis zum 2. Tage vollzieht. Nur das Kolostrum der an Milchfieber erkrankten Kuh machte eine Ausnahme. Die Azidität des Kolostrums aller Tiere war stark erhöht, der Rückgang derselben erfolgte in ungefähr demselben Tempo wie die des Kaseins.

Birk untersuchte Kolostrum. Er fand: Asche 0·2814%, CaO 0·0360%, MgO 0·0093%, K_2O 0·077%, Na_2O 0·0544%, P_2O_5 0·1137%. Bei der Ernährung neugeborener Kinder wurde mit Kolostrum eine positive, mit reifer Frauenmilch negative Aschen- und Stickstoffbilanz beobachtet. Bei der Ernährung mit Kuhmilch wird rund die Hälfte des Stickstoffes, bei natürlicher Ernährung zirka $^1/_6$ bis $^1/_7$ mit dem Harn ausgeschieden.

Einfluß der Nahrung, Übergang von Stoffen.

Morgen bespricht zusammenfassend die in den letzten Jahren im Hohenheimer Institute ausgeführten Versuche, aus denen einwandfrei hervorgeht, daß zahlreiche Futtermittel eine spezifische Wirkung auf die Milchproduktion ausüben. Man kann zweierlei Arten solcher Wirkung unterscheiden:

1. Die Wirkung auf den Ertrag an Milch und Milchbestandteilen, besonders Milchfett.
2. Die Wirkung auf die Beschaffenheit des Milchfettes.

Die Wirkung auf den Ertrag ist in erster Linie den Reizstoffen zuzuschreiben. Diese Wirkung der Reizstoffe ist durch Versuche nachgewiesen, während für die Annahme, daß die eigenartige Beschaffenheit der Nährstoffe selbst diesen Einfluß ausübt, beweisende Untersuchungen nicht vorliegen. Der Einfluß auf die Beschaffenheit des Milchfettes wird in erster Linie durch das Nahrungsfett oder durch einen Mangel daran ausgeübt. Die Mitwirkung anderer Nährstoffe oder Bestandteile der Futtermittel ist nicht ausgeschlossen, aber bisher nicht sicher nachgewiesen.

Netzer konnte durch Zulage von Somatose zum Futter von Ziegen deren Milchergiebigkeit sehr stark steigern, bei Kühen nur in geringem Umfange. Laktogen war wirkungslos.

Helle, Müller, Praußnitz und Poda untersuchten die chemischen und physikalischen Konstanten der Milch einer Kuh bei verschiedener Fütterungsweise. Das Tier erhielt zunächst ausschließlich Grünfutter, dann Grünfutter und Heu, danach Heu allein. Später erfolgte zu dieser Fütterung eine Mehlzulage, dann folgte eine Fütterung mit Heu, Trebern und Schlempe in verschieden hohen Mengen, eine Weidegangsperiode, weiter wurde sie längere Zeit in einer großen Stallung eingestellt und mit gemischter Nahrung ernährt, danach erhielt sie im Anstaltsstalle Grünfutter neben geringen Mengen Heu und zuletzt nur noch Heu. Die Untersuchung erstreckte sich auf die Bestimmung des spezifischen Gewichtes der Milch und des Essigsäureserums, der Trockensubstanz (berechnet), des Fettes (nach

Gerber), des Milchzuckers, des Gesamteiweißes, des Kaseins, des Albumins und Globulins (indirekte Bestimmung, Gesamteiweißstickstoff = Gesamtstickstoff — Stickstoff des Gerbsäurefiltrates, Kaseinstickstoff = Gesamteiweißstickstoff — Stickstoff des Zinksulfatfiltrates bei Halbsättigung) und der Asche sowie der Gefrierpunktserniedrigung, der Refraktion des Serums, der elektrischen Leitfähigkeit und der Verbrennungswärme. Daß bei dieser außerordentlich verschiedenen und mit schroffen Übergängen versehenen Ernährung sehr große Schwankungen auftreten mußten, ist klar. Es ist nun äußerst interessant, zu sehen, daß Fett, Trockensubstanz und Verbrennungswärme den größten Schwankungen unterworfen waren, während Eiweiß, Zucker, Asche und fettfreie Trockensubstanz in ihrer Menge viel konstanter waren. Die beobachteten Werte sind folgende:

	Fett	Milchzucker	Eiweiß	Stickstoff			Asche	Trockensubstanz	Fettfreie Trockensubstanz
				Gesamtstickstoff	im Zinksulfatfiltrat	im Herbsäurefiltrat			
Maximum	6·55	5·06	3·49	0·552	0·128	0·045	0·75	15·66	9·83
Mittel	4·23	4·82	3·18	0·499	0·109	0·032	0·71	13·50	9·29
Minimum	1·8	4·69	2·82	0·443	0·092	0·022	0·61	11·40	8·93

	Gefrierpunktserniedrigung	Osmotischer Druck	Refraktion des Serums	Leitfähigkeit $\times 10^3$	Verbrennungswärme Cal pro Liter Milch
Maximum	0·549	7·53	45·00	4·140	985·7
Mittel	0·525	7·20	42·47	3·824	787·7
Minimum	0·507	6·95	41·33	3·566	591·3

Vivier fand für die Milch bei Maiskraut- und bei Rübenblätterfütterung folgende durchschnittliche Zusammensetzung:

	Maiskrautfütterung	Rübenblätterfütterung
Spezifisches Gewicht	1·0319	1·0316
Fett im Liter	56·0	60·2
Zucker im Liter	49·1	47·3
Kasein im Liter	39·9	35·1
Asche im Liter	7·6	7·8
Trockensubstanz im Liter	148·7	150·8
Fettfreie Substanz im Liter	92·7	92·9

Buschmann stellte vergleichende Fütterungsversuche mit Kartoffeln, Futterrüben und Kokoskuchen an. Seine Ergebnisse lassen darauf schließen, daß diese drei Futtermittel hinsichtlich ihres Wertes für die Milchbildung als gleichwertig anzusehen sind. Große Schwankungen im Eiweißgehalte der Nahrung waren ohne Einfluß auf die Milchmenge und ihren Fettgehalt, wenn die geringste Eiweißgabe zur Milchbildung völlig hinreichend war.

Zaitschek stellte umfangreiche Versuche über die Wirkung von Rübenschnitzeln (frische und eingesäuerte) und Rübenkraut (abgewelktes, eingesäuertes und getrocknetes) an Milchkühen an. Er fand, daß der Ersatz von süßen Rübenschnitzeln durch die gleiche Menge abgewelkten Rübenkrautes oder eingesäuerter Schnitzel den Milchertrag erhöhte, die Zusammensetzung der Milch aber kaum änderte, während beim Ersatz durch gesäuertes Rübenkraut überhaupt keine nennenswerte Änderung hervorgerufen wurde. Der Ersatz saurer Rübenschnitzel durch gesäuertes Kraut verringerte den Milchertrag sehr stark und erhöhte den Fettgehalt nicht unbeträchtlich, was wohl durch die rapide Abnahme der Milchmenge bewirkt wurde. Der Ersatz süßer Rübenschnitzel durch getrocknetes Rubenkraut verringerte den Milchertrag und erhöhte den Fettgehalt der Milch. Die Zusammensetzung des Milchfettes wurde durch die verschiedenen Fütterungsarten kaum beeinflußt. Die gesäuerten Rübenschnitzel erwiesen sich somit als das beste Milchfutter, ihm folgt dicht das abgewelkte Rübenkraut, während gesäuertes Rübenkraut als Kuhfutter nicht zu empfehlen ist. Getrocknetes Rübenkraut ist infolge der Trocknungskosten zu teuer, um mit Erfolg mit den Rübenschnitzeln konkurrieren zu können.

Weiser verglich an zwei Kühen frische und getrocknete Schlempe in ihrer Wirkung auf die Milchproduktion, insbesondere ob die hohe Wassermenge, die mit der frischen Schlempe aufgenommen wurde, einen Einfluß auf die Qualität der Milch ausübt. In Übereinstimmung mit den früheren Versuchen von Tangl und Zaitschek wurde festgestellt, daß die erhöhte Wasseraufnahme gegenüber der Trockenfütterung weder auf die Zusammensetzung der Milch noch auf die des Milchserums einen nachweisbaren Einfluß ausübt. Selbst bei enorm großen Schlempenmengen (bis 55 kg pro Tag) konnte keine Veränderung der Milch und des Serums beobachtet werden.

Zur Prüfung der Frage, ob anorganische oder organische Phosphorverbindungen den Gehalt der Milch an Phosphorsäure zu steigern vermögen, legte Fingerling einem phosphorarmen Futter Lezithin, Phytin, Kasein, Nuklein, nukleinsaures Natrium und Dinatrium phosphat zu. Das an die Ziegen verfütterte Grundfutter bestand aus 450 g Stroh, 250 g Blutalbumin, 200 g Melasse, 55 g Erdnußöl, 360 g Stärke, 10 g Kochsalz, 10 g kohlensaurem Kalk. Zu diesem Futter wurden die zu prüfenden Phosphorverbindungen in Mengen zugelegt, die den Bedarf der Tiere nicht ganz deckten. Die Versuche ergaben zunächst, daß weder die anorganischen noch die organischen Phosphorverbindungen den Ertrag an Milch und Milchbestandteilen zu beeinflussen vermochten. Sie waren weiterhin nicht imstande,

den prozentischen Gehalt der Milchasche an Kalk- und Phosphorverbindungen zu erhöhen.

Gorini hält es unter den vorliegenden Verhältnissen für unmöglich, zu verhindern, daß die zahlreiche Flora der Rübenschnitzel in die Milch gelangt. Diese Flora kann auch nicht durch Trocknen der Rübenschnitzel beseitigt werden, deshalb fordert Gorini, daß Rübenschnitzel überhaupt — frische wie getrocknete — von der Verfütterung an Milchvieh auszuschließen sind.

Rieder fand an zwei Ammen, daß Urotropin in größter Konzentration eine Stunde nach der Verabreichung in der Milch auftritt. Die höchste Konzentration betrug 1 : 40.000. Die mit der Milch ausgeschiedene Menge betrug $^1/_{400}$ der verfütterten Urotropinmenge. Für den Säugling ist die in der Milch vorhandene Urotropinmenge unschädlich.

Reiche injizierte einer trächtigen Hündin täglich 1- bis 2mal 0·004 bis 0·05 g Morphinchlorhydrat, so daß das Tier bis zur Zeit der Geburt, nach zirka $3^1/_2$ Wochen 1·0 g des Medikamentes erhielt. Es wurden normale Junge zur Welt gebracht. Die Jungen gediehen, trotzdem die Hündin auch weiterhin Morphium erhielt, bei natürlicher Ernährung sehr gut, in der Milch wurde auf biologischem Wege nach der Methode von Straub und Hermann kein Morphium gefunden. Empfindlichkeitsgrenze 2·0 mg in 100 cm^3 Milch.

Die Lönsschen Befunde bestätigen die schon oft gemachte Beobachtung, daß Jod in Form eines Jodfettes bei der Verfütterung in viel größeren Mengen in die Milch übergeht als in Form von Jodkali. Allerdings soll das nach Lipojodinfütterung mit der Milch ausgeschiedene Jod in keiner Beziehung zum Milchfett stehen, eine Annahme, die von den bisherigen Beobachtungen abweicht. Die Jodausscheidung durch die Milch erfolgt bei der Verabreichung von Jodfett während einer viel längeren Zeit als bei Verabreichung von Jodkali, sie begann in beiden Fällen 4 bis 8 Stunden nach der Medikation und war unabhängig von der sezernierten Milchmenge.

Bakterien.

Die in der Milch enthaltenen Streptokokken teilt Puppel hinsichtlich ihrer Herkunft in folgende vier Gruppen:

1. Streptokokken, die von der Hand oder einem sonstigen Körperteil des Melkers herstammen oder sonst auf irgend einem Wege vom Menschen in die Milch gelangt sind.

2. Streptokokken, die mit dem Eiter mastitiskranker Kühe in die Milch gekommen sind.

3. Streptokokken, die von der Haut oder den Schleimhäuten der Rinder, wo sie als Schmarotzer fast regelmäßig vorkommen, in die Milch geraten sind.

4. Streptokokken, die aus der Umgebung der Kühe, wo sie z. B. in alten Milchresten an Gefäßen, im Futter, in der Streu eine saprophytische Existenz führen oder aus der Luft, mit der sie vielleicht weit verbreitet werden, in die Milch hineingefallen sind.

Unter Berücksichtigung dieser Herkunftsquellen wurden die verschiedensten Streptokokkenstämme — Milchstreptokokken, Mastitiserreger, von menschlichen Krankheiten stammende Streptokokken und aus Säuglingsfäzes stammende Streptokokken — hinsichtlich ihrer Virulenz untersucht. Als besondere Merkmale ihrer Pathogenität wurden folgende Eigenschaften angenommen: hämolytisches Vermögen, Pathogenität bei der Verimpfung oder Verfütterung an Meerschweinchen, Resistenz gegen Phagozytose (nach Burgers). Puppel fand dabei, daß die in jeder Milch enthaltenen Streptokokken weder im Tierversuch noch im Freßversuch mit Leukozyten virulent sind und mit Menschenblut keine Hämolyse zeigen. Das gleiche gilt im großen ganzen für die Streptokokken der chronischen Rindermastitis. Eine pathogene Rolle der gewöhnlichen Milchstreptokokken ist sonach nicht anzunehmen, aber auch die Bedeutung der eigentlichen Mastitisstreptokokken wird nach Puppel für die Entstehung von Darmkrankheiten außerordentlich überschätzt. Ebenso scheint die Häufigkeit der Streptokokkenenteritiden sehr viel geringer zu sein, als die Escherichsche Schule es behauptet hat. Mir will es scheinen, als ob Puppel die Harmlosigkeit der echten Mastitisstreptokokken in etwas zu rosigem Lichte darstellt, wenn auch nicht verkannt werden soll, daß rein saprophytische Streptokokken Euterentzündungen schwerer Art hervorrufen können, anderseits aber auch Bakterien, die, wie Streptococcus aureus, allgemein als pathogen gelten, vom Verdauungstraktus des Säuglings in den sie z. B. mit der im übrigen gesunden Muttermilch gelangen, anstandslos vertragen werden.

Broadhurst prüfte 100 aus Milch gezüchtete Streptokokkenstämme auf ihr Vermögen, Zuckerarten zu vergären. Laktose wurde von 74, Rohrzucker von 68, Salizin von 77, Inulin von 37, Mannit von 26 und Raffinose von 13% vergoren. Stowell und Hilliard untersuchten Streptokokken der Milch und der menschlichen Mundhöhle. Sie zeigten gegenüber verschiedenen Zuckerarten (Dextrose, Laktose und Sacchorose) ein verschiedenes Verhalten bezüglich der Vergärung. Raffinose und Mannit wurden nicht vergoren. Die Milchstreptokokken stellten bezüglich ihres Wachstums keine so strengen Anforderungen an die Temperatur wie die Mundkokken.

Budinow studierte das Wachstum der Milchsäurebakterien in der Milch und fand, daß diese sich in den ersten 18 Stunden lebhaft vermehren, dann tritt eine rasche Abnahme ein. Das Wachstum in den ersten Stunden ist am lebhaftesten und nimmt allmählich ab. Die Säurebildung tritt erst cirka 6 Stunden nach Beimpfung der Milch ein. Im Milchzuckerbouillon findet ebenfalls anfangs ein sehr rasches, dann allmählich langsameres Wachstum der Bakterien statt, dann aber tritt zunächst ein Stillstand von zirka 24 Stunden ein, bevor die Keimzahl wieder fällt. In geronnener Milch sterben die Milchsäurebakterien bei 30° nach 12 bis 15 Tagen ab, bei niederen Temperaturen entsprechend langsamer. In gefrorener Milch sterben sie nicht ab. Rahn bespricht die Stundengärleistung der Einzelzelle von Bac. acidi lactici: Sie betrug im Durchschnitt $18 \cdot 10^{-10}$ mg Milch-

säure, entsprechend dem Gewichte der Einzelzelle. Es kamen Schwankungen von 7·4 bis $32{\cdot}5.10^{-10}$ mg vor. Mit dem Alter der Kultur nimmt die Stundenleistung ab.

Nach Trillat (1) entwickeln sich Milchsäurebakterien unter der Einwirkung von Fäulnisgasen sehr viel üppiger als an der Luft. Trillat (2) führt die Erscheinung, daß während eines Sturmes Milch leicht gerinnt, auf die während desselben herrschenden Luftdruckerniedrigungen zurück. Hiebei sollen sich Erdgase entwickeln, die der Konservierung und Entwicklung von Milchsäurebakterien, die sich in der Luft befinden, günstig sind, zumal wenn die Lufttemperatur und die Luftfeuchtigkeit erhöht sind. In diesen meteorologischen Verhältnissen sucht Trillat auch die Ursache anderer Verderbnisvorgänge (Fäulnis von Fleisch usw.) und die Ausbreitung von Seuchen.

Carrion und Sorel fanden, daß Milchsäurebakterien in flüssigen Kulturen das Trocknen auch im Vakuum und bei niedriger Temperatur sehr schlecht vertragen. Die besten Resultate erzielt man, wenn die Kulturen mit sehr viel Milchzucker und Kalziumkarbonat versetzt und bei 15° im Vakuum getrocknet werden.

Currie untersuchte zahlreiche Stämme von Bac. bulgaricus von verschiedener Herkunft auf ihre Fähigkeit, Milchsäure zu bilden. Mehrere Kulturen aus menschlichem Speichel und Fäzes, aus Malz und Sheddarkäse bildeten ausschließlich d-Milchsäure, während einige Stämme aus Sheddarkäse auch inaktive Säure und andere derselben Herkunft ausschließlich l-Milchsäure bildeten. Aus Kuh- und Pferdekot gezüchtete Stämme produzierten ausschließlich inaktive Milchsäure, aus Käse und saurer Milch gezüchtete Stämme endlich produzierten ein Gemisch von inaktiver und l-Milchsäure. Im allgemeinen prädominieren die Stämme, die d-Milchsäure bilden, die von ihnen gebildete Säuremenge überwiegt auch die der von den übrigen Stämmen gebildeten Säure. In einigen Fällen wurde auch die Bildung von Bernsteinsäure beobachtet. Belonowski fand, daß durch Zusatz von Zucker zur Milch die Tätigkeit der bulgarischen Bakterien bezüglich der Säureproduktion erheblich herabgesetzt wird, so daß die Koagulation erst entsprechend später eintritt. Diese Abnahme in der Wirksamkeit zeigte sich schon bei Zusatz von 1% Zucker. Die Wirksamkeit des Diplococcus Güntheri, die sehr viel schwächer ist als die der bulgarischen Stäbchen, nimmt erst bei sehr viel höheren Zuckerkonzentrationen in merkbarer Weise ab.

Effront führt auch weiterhin die Erfolge der medizinischen „Milchsäurefermente" (Bac. bulgaricus) nicht auf ihre Milchsäurebildung, sondern in erster Linie auf ihre proteolytische Tätigkeit zurück, durch welche sie den Fäulnisbakterien Konkurrenz machen. In Reinzucht entwickelt Bac. bulgaricus diese Eigenschaft nur in geringem Maße, am stärksten in schwach alkalischem Medium (z. B. Milch unter Zusatz von $CaCO_3$). In den meisten pulverförmigen Präparaten findet sich diese Art, die auch in reichlichen Mengen Bernstein-, Essig- und Äpfelsäure, nicht aber Milchsäure bildet.

Revis fand als Variationsstufen bei großen Milchverdünnungen atypische Colikolonien, die nur Milchsäure —, aber keine Gasbildner

sind. In den stärkeren Konzentrationen konnten sie nicht gefunden werden, da sie in diesen offenbar von den typischen Formen überwuchert werden. Die atypischen Kolonien sind nicht als Degenerationsformen zu betrachten.

Gratz untersuchte das Verhalten von Bac. casei-ε zu Bakterien der Koli-Aerogenesgruppe und fand, daß die letzteren bei 0·2% Milchsäure ihr Gasbildungsvermögen, bei 0·3% ihr Wachstumsvermögen verlieren. Bac. casei-ε, der selbst noch bei 0·5% Milchsäure wachsen kann, ist immerhin nicht ohneweiters imstande, die Koli-Aerogenesbakterien zu unterdrücken. Wenn beide Bakterienarten in annähernd gleicher Menge vorhanden sind, so überwinden bei 30 bis 38° die Kolibakterien die Milchsäurebakterien regelmäßig, bei Temperaturen von 42 bis 45° behalten bald die einen, bald die anderen die Oberhand. Sind die Koli-Aerogenesbakterien von Anfang an in etwas geringerer Menge vorhanden, so überwuchern die Gasbildner bei 30° noch immer die Milchsäurebakterien, während bei 38° die Verhältnisse für die letzteren etwas günstiger liegen, aber nicht so günstig wie bei 42 und 45°, da dann bei diesen Temperaturen die Aerogenesbakterien fast stets ihr gasbildendes Vermögen einbüßen. Bringt man bei gleicher Menge des Impfmaterials die Milchsäurebakterien $2^1/_2$ Stunden früher in die Milch als die Gasbildner, so behalten diese nur noch bei 30° die Oberhand, ist dabei der Nährboden von Anfang an sauer (0·27% Milchsäure), so gelingt es selbst bei 30° die Gasbildner zu unterdrücken, der gleiche Affekt wird erreicht, wenn die Milchsäurebakterien 5 Stunden früher als die Gasbildner in die Milch gelangen.

Weigmann und Wolff berichten über verschiedene Milchfehler. Bittere, frühzeitig gerinnende Milch erhielt diese Eigenschaft durch ein alkalibildendes Kurzstäbchen, in einem Falle konnte als Ursprung desselben das zur Verfütterung gelangende Bohnenstroh nachgewiesen werden, in anderen Fällen wurde die Bakterienflora des Weidegrases in der Milch wiedergefunden. In vielen Fällen wurde Bac. mycoides, fluorescens und Bac. megatherium als die Ursache frühzeitiger Gerinnung gefunden. Versuche über das gegenseitige Verhalten von Proteolyten und Milchsäurebildnern ergaben, daß die ersteren durch die letzteren in ihrer Wirksamkeit außerordentlich stark gehemmt werden, wenn beide Bakterienarten gleichzeitig auf Milch verimpft werden. Wurden Milchsäurebakterien zu einer durch Proteolyten stark aufgehellten Milch gebracht, so entstand nach einiger Zeit ein weißlicher Niederschlag. Ob dieser aus Kasein besteht, wie die Autoren annehmen, bleibt abzuwarten.

Laxa fand in einem Rahm, der sich nicht schlagen ließ, als Ursache dieses Fehlers eine verflüssigende Bakterie, die zur Gruppe des Bac. fluorescens liquefaciens gehört. Diese bewirkte ein Schleimigwerden der Milch beziehungsweise des Rahms, so daß dieser sich nicht mehr schlagen ließ.

Gorini (1) isolierte aus Granakäse einen Bazillus, der die Eigenschaft hatte, Milch schleimig zu machen. Abgerundete Stäbchen 0·8 μ breit, 7 bis 9 μ lang, färbbar nach Gram. In der Milch tritt

bei 42 bis 45° nach 6 bis 7 Stunden Schleimbildung, nach 9 bis 10 Stunden Gerinnung bei einer Azidität von 36 bis 44 Soxhlet-Henkelschen Säuregraden ein.

Northrup bestimmte den niedrigsten Aziditätsgrad, durch den bei Anwendung verschiedener Milchsäurebildner in verschiedenen Nährböden Typhusbazillen getötet werden. Für Bac. acidi lactici fand sie in Milchzuckerbouillon 37 (Thörnersche?) Säuregrade, für Molken 28 Grade und für Milch 80 Säuregrade. Bei Anwendung von Bac. bulgaricus waren die Werte ganz erheblich höher, 53 Grade in Bouillon, 66 in Molken und 208 in Milch. Bei Verwendung von roher Milch ergaben sich keine ganz feststehenden Verhältnisse, da gewisse andere Bakterienarten einerseits selbst durch ihre Stoffwechselprodukte zur Vernichtung von Typhusbazillen beitragen, so daß hier die Aziditätsgrenze herabgedrückt wird, während anderseits andere Mikroorganismen dem Wachstum der Typhusbazillen Vorschub leisten können. Nach Untersuchungen von Potter üben die gewöhnlichen Milchsäurebakterien und auch Bac. bulgaricus nur einen ganz geringen wachstumhemmenden Einfluß auf Typhusbazillen, so daß eine Befreiung derselben von ihrer Infektiosität durch die genannten Bakterienarten nicht zu erhoffen ist. Bergey fand bei der Untersuchung von 8 Butterproben in 1 Typhusbazillen.

Cosco stellte seine Untersuchungen an neun Milchkühen an, bei denen die Krankheit mehr oder weniger vorgeschritten und verschieden lokalisiert war, von denen sich aber bei der klinischen Untersuchung keine als an tuberkulöser Lokalisation des Euter leidend erwiesen hat. Zur Untersuchung gelangten die aseptisch mittelst Katheters aus dem Innern des Euters gewonnenen Milch, die auf gewöhnliche Weise ermolkene und in sterilen Gefäßen aufgefangene Milch, der im Innern des Mauls gesammelte Speichel, der mittels Katheters erhaltene Harn, die im Rektum gesammelten Exkremente. Die Untersuchungen ergaben, daß die Übertragung der Tuberkulose unter den Rindern in den meisten Fällen durch den Kot stattfindet. Weiterhin können Tuberkelbazillen in der Milch tuberkulöser Kühe mit Eutern von durchaus gesundem Aussehen vorkommen, auch wenn diese unter Beobachtung aller Kautelen aseptisch dem Euter mittels Katheters entnommen wurde. Zu bemerken ist hierbei, daß eine Emulsion in sterilisiertem Wasser der hinter dem Euter gelegenen in feinen Brei verwandelten Ganglien der in Frage kommenden Kühe bei der Verimpfung an Meerschweinchen ohne Wirkung blieb. Das häufige Vorkommen des Kochschen Bazillus in der auf gewöhnliche Weise ermolkenen Milch von tuberkulösen Kühen ohne Lokalisationen im Euter (tuberkelfreie Milch bei aseptischer Entnahme!) ist den fäkalen Verunreinigungen zuzuschreiben, die während des Melkens stattfinden. Die Ausscheidung von Tuberkelbazillen mit dem Speichel ist sehr gering, das Vorhandensein des Tuberkelbazillus in der Maulhöhle ist fast ausschließlich auf die Einführung verunreinigter Nahrungsmittel und eine Bazillen enthaltende, staubreiche Luft zurückzuführen. Im Harn der untersuchten Tiere wurden niemals Tuberkelbazillen vorgefunden.

Heuer fand bei 8% der von ihm untersuchten 110 Marktmilchproben vollvirulente Tuberkelbazillen.

Fynn spricht sich dahin aus, daß zum Nachweise von Tuberkelbazillen es nicht genüge, nur ein Meerschweinchen zu impfen, die Injektion muß bei einer größeren Zahl und in verschiedener Weise erfolgen (intramuskulär, intravenös, subkutan). Die intramuskuläre Injektion ist am empfindlichsten, die intraperitoneale ist zu verwerfen.

Patterson fand in 50 daraufhin untersuchten Fällen 5mal aktinomykotische Veränderungen im Euter der Kuh. Es ist nicht unwahrscheinlich, daß die Milch dieser Tiere für das Vorkommen dieser Krankheit beim Menschen verantwortlich zu machen ist.

Nach Rüdiger kann Streptococcus lacticus von Streptococcus pyogenes durch Züchtung auf Blutagar differenziert werden, da die Kolonien des letzteren von einer breiten hämolysierten Zone umgeben sind, die des ersteren jedoch nicht. Streptococcus pyogenes ist fast nur bei Euterentzündung der Kühe in der Milch zu finden.

Die Untersuchungen von Smith und Fabian ergaben, daß Bac. abortus Bang höchstwahrscheinlich der einzige Erreger des seuchenhaften Verwerfens der Rinder ist. Bei Meerschweinchen ruft er eine eigenartige allgemeine Impfkrankheit hervor, die selten zum Tode führt. Sie gleicht der Tuberkulose und ist charakterisiert durch chronische, interstielle Neubildungen, die zum größten Teile aus epitheloidartigen und lymphoiden Zellen bestehen. Der Bac. abortus Bang kann auch in der Milch vorkommen, wie Impfversuche an Meerschweinchen zeigten.

Sommerfeldt empfiehlt, zur Keimzüchtung keine stärkere Verdünnungen der Milch als 1 : 50.000 anzuwenden. Der einwandfreieste Nährboden ist Milchserumagar, da auf diesem am häufigsten die höchste Keimzahl erhalten wurde. Die Keimzahl der Dresdener Marktmilch wurde zu 1·6 bis 186 Millionen pro Kubikzentimeter gefunden.

Bakterienbekämpfung.

Kurka empfiehlt die Sterilisierung der Milch in folgender Weise vorzunehmen. Die Milch wird in Form von Blöcken gefrieren gelassen und während des Auftauungsprozesses mit ultravioletten Strahlen belichtet. Beim Abschmelzen bilden sich außerordentlich dünne Flüssigkeitsschichten, die die für die Durchlässigkeit der Strahlen notwendige Beschaffenheit besitzen.

Thornton konnte durch 0·3 Ampère starke Ströme mit Koli infiziertes Wasser und Milch sterilisieren.

Nach Untersuchungen von Schorer enthielt pasteurisierte Milch 285.000 bis 1,000.000 und noch mehr Keime, während es ihm gelang, durch Beobachtung der einfachsten Sauberkeitsmaßregeln eine Milch zu ermelken, deren Keimgehalt in der Regel unter 10.000 in 1 cm^3 betrug.

Milchwirtschaft.

Mach und Schaller berichten über eine zweijährige Leistungsprüfung an 60 Kühen der badischen Fleckviehrasse. Die Ergebnisse müssen als sehr günstige bezeichnet werden, da im Durchschnitt jedes Tier jährlich 3841 kg Milch mit 155.856 kg Fett entsprechend 4·18% Fett lieferte. Die fettfreie Trockensubstanz betrug im Durchschnitt 9·30%. Auch Müller tritt der weitverbreiteten Ansicht entgegen, daß das oberbadische Fleckvieh eine schlechte Milchrasse sei. Die in zwei aufeinander folgenden Jahren vorgenommene Prüfung an 60 Kühen verschiedener Gehöfte, bei welchen die Tiere das ortsübliche Futter erhielten und zum Teil auch zu mäßiger Arbeit herangezogen wurden, ergab, daß die Kühe im Jahresdurchschnitt 3327 kg Milch mit 134·54 kg = 4·18% Fett und 308·44 = 9·3% fettfreier Trockensubstanz produzierten. Die milchärmste Kuh gab 1724 kg Milch mit 80·67 kg = 4·68% Fett und 171·92 kg = 9·97% fettfreier Trockensubstanz, die milchreichste Kuh gab 5044 kg Milch mit 208·78 kg = 4·14% Fett und 470·85 kg = 9·3% fettfreier Trockensubstanz. Der höchste mittlere Fettgehalt einer Kuh belief sich 5·24%, der niedrigste auf 3·52%. Bei 70% aller Kühe lag der Fettgehalt über 4%. Die schwereren Kühe gaben im Verhältnis zu den leichteren weniger Milch. Frost erörtert die Herkunft und Abstammung der norwegischen Rinder. Klein gibt eine anschauliche Schilderung der milchwirtschaftlichen Verhältnisse — Viehhaltung, Gewinnung und Verarbeitung der Milch — in Portugal.

Spann berichtet über Versuche zur Überführung von ostfriesischen Milchschafen in Gebirgsgegenden mit Alpenweide, die als gut gelungen bezeichnet werden müssen. Beim Weidebetrieb auf der Alm gaben die Tiere erheblich mehr Milch als im Tale. Gegen Kälte und Regen sind die Tiere viel empfindlicher als die Wollschafe, so daß es sich empfiehlt, die Tiere nachts einzustallen.

Jensen betrachtet die Kellnersche Stärkewerttheorie, da sie nur auf die reine Fettablagerung sich bezieht, für die Fleisch- und Milchproduktion als unzutreffend. Er fordert eine Umrechnung in den Milchwert, was im allgemeinen in der Weise geschieht, daß zu dem Stärkewert 3·06 E (E = Menge des verdaulichen Eiweißes im Futter) addiert wird. Aus 1 kg Milchwert, welcher über das Erhaltungsfutter hinaus den Kühen verabreicht wurde, resultiert $^1/_4$ kg Milchtrockensubstanz = 2 kg Milch. Diese Leistung ist jedoch nur möglich, wenn die verdaulichen Nährstoffe in demselben Verhältnis im Futter vorkommen wie in der Milch.

Caillaux (1) bestätigt die vielgemachte Beobachtung, daß beim gebrochenen Melken sich der Fettgehalt der Milch ständig ändert.

Klein prüfte eine Maxmelkmaschine mit sehr gutem Erfolge.

Mac Donald verglich den Keimgehalt der mit der Hand und mit der Melkmaschine ermolkenen Milch. Ein wesentlicher Unterschied konnte nicht gefunden werden. Mit der Hand ermolkene Milch hatte zirka 7450 Keime, Maschinenmilch zirka 6780 Keime.

Salus (2) ist der Ansicht, daß es möglich sei, bei genügender Reinhaltung der Tiere und besonders der Euter eine sehr viel keimärmere Milch zu gewinnen, als dies bisher in der Regel der Fall war.

Milchversorgung.

Das von Schreiber, einem Juristen, verfaßte Buch über die polizeiliche Regelung des Milchverkehrs in Deutschland muß als ganz vorzüglich bezeichnet werden. Es enthält keine trockene Aufzählung der in Frage kommenden Gesetzesvorschriften — diese werden im Anhang abgetan — sondern ist vielmehr eine kritische Besprechung der verschiedenen Gesetzesparagraphen mit erläuterndem Text. Seine Lektüre kann allen, die mit Milch zu tun haben, angelegentlichst empfohlen werden.

Die Milchversorgung der Städte wird eine immer brennendere Frage und es interessiert daher stets, zu erfahren, wie die verschiedenen Großstädte ihren Milchbedarf decken. Nach Berg befindet sich Karlsruhe in einer sehr beneidenswerten Lage, da es fast zwei Drittel des gesamten Milchbedarfes aus der näheren Umgebung bis zu 20 km Entfernung decken kann, während das Gesamtproduktionsgebiet sich nur auf eine Entfernung bis zu 60 km erstreckt. Am Schlusse der interessanten Schrift, die die Verhältnisse der Produktion und des Vertriebes der Milch anschaulich schildert, befinden sich u. a. die Vorschriften der Milchverkaufsgenossenschaft Durmersheim, denen sich die Milchproduzenten, die sich dieser Genossenschaft angeschlossen haben, zu unterwerfen haben und denen nichts hinzuzufügen ist. Die ortspolizeilichen Vorschriften sind die üblichen.

Der Milchverbrauch der Stadt Magdeburg beläuft sich inklusive des Verbrauches zu gewerblichen Zwecken pro Kopf und Tag auf nur 0·20 l. 11·1% der gesamten zirka 56.000 l betragenden Milchmenge werden in der Stadt selbst produziert, durch Fuhrwerk kommen 10·3% nach Magdeburg, der Rest von 78·6% erfolgt durch Bahnzufuhr, hauptsächlich aus Entfernungen bis zu 45 km, nur 5·3% der Bahnmilch werden aus größeren Entfernungen zugeführt.

Statistische Erhebungen über die Milchversorgung der Städte Mainz, Darmstadt, Worms und Gießen wurden von den betreffenden Polizeiämtern angestellt. Danach beläuft sich der Milchverzehr pro Kopf und Tag für Mainz auf 0·35 l, Darmstadt 0·34 l, Gießen 0·33 l, Worms 0·29 l. Der kleinste Teil der Milch wird in den Städten selbst produziert, ein etwas größerer in der näheren Umgebung, während der größte Teil (mit Ausnahme von Mainz, wo die aus der näheren Umgebung gelieferte Milch den Hauptanteil hat) durch die Bahn herangeholt wird, für Mainz aus Entfernungen bis zu 58 km, für Darmstadt aus Entfernungen bis 29 km.

Kühl (2) weist in seinem Artikel auf die nicht oft genug zu wiederholenden Punkte hin, die für die Gewinnung von Konsummilch maßgebend sein sollten:

1. Luftige, saubere Ställe, als Viehstreu nur sauberes, nicht muffig oder dumpfig riechendes Material wählen.

2. Das Vieh rein halten, das Euter vor dem Melken sauber abwaschen, darauf achten, daß die Melker mit reinen Händen an ihr Geschäft gehen.

3. Die ersten Striche beim Melken nicht auffangen, saubere Melkeimer verwenden, die durchgeseihte Milch sofort kühl aufbewahren, am besten tief kühlen.

4. Das Milchvieh tierärztlicher Kontrolle unterstellen, krankes Vieh ausschalten.

Ostertag stellt folgende Forderungen für die Gewinnung einer unschädlichen und bekömmlichen Säuglingsmilch auf:

1. Tierärztliche Kontrolle des Gesundheitszustandes der Milchtiere, ihrer Fütterung und Haltung sowie eine Kontrolle der Gewinnung und Pflege der Milch bis zum Verbrauche: ferner eine ärztliche Kontrolle des Melkpersonals und der übrigen gesundheitlichen Verhältnisse in den milchwirtschaftlichen Betrieben, insbesondere auch des in ihnen zur Verwendung gelangenden Wassers; endlich eine chemische Kontrolle der Milch auf Verfälschungen durch Entnahme von Fett, durch Wasserzusatz oder Zusatz von Konservierungsmitteln.

2. Zur Sicherung der bezeichneten Kontrollen ist der Milchverkehr zunächst, d. h. bis zu einer allgemein verbindlichen, gesetzlichen Regelung in den verschiedenen Ländern, durch örtliche Vorschriften nach Maßgabe von Normativbestimmungen zu regeln, die von den Zentralbehörden dem jeweiligen Stande der Milchhygiene entsprechend zu erlassen sind.

3. Von den Gemeinden, gemeinnützigen Körperschaften und Vereinen ist daher Sorge zu tragen, daß überall Säuglingsmilch in ausreichender Menge erzeugt wird. Gleichzeitig ist durch Belohnung der Milchproduzenten und des Melkpersonals sowie durch materielle und moralische Aufmunterungen darauf hinzuwirken, daß auch die Gewinnung der Marktmilch, die trotz bestehender Einrichtungen für die Erzeugung von Säuglingsmilch immer noch zur Ernährung von Säuglingen verwendet wird, verbessert wird.

Rammstedt (1) wiederholt die bekannten Forderungen, die an die Gewinnung einer Säuglingsmilch zu stellen sind, und resumiert die üblichen Untersuchungsmethoden zur Beurteilung der hygienischen, Beschaffenheit.

Nach Gooren unterscheidet man in Holland „Reformmilch" und „Mustermilch". Erstere stellt nichts anderes vor als eine gewöhnliche Handelsmilch in Flaschen von normaler Zusammensetzung. Diese Milch kann von Gooren kaum als ein hygienischer Fortschritt bezeichnet werden, während die Verbreitung der „Mustermilch" durchaus erwünscht ist. Diese stammt durchaus nur von eigenen Kühen her. Es soll erstrebt werden und ist auch erreichbar, daß ihr Bakteriengehalt nicht höher als 25.000 im Kubikzentimeter ist. Zu den empfehlenswerten Methoden zur Bestimmung der normalen Zusetzung der Milch rechnet Gooren auch die Gefrierpunktserniedrigung, wenngleich er zugibt, daß sie kein sicheres Mittel zur Erkennung von Verfälschungen ist, da die Einzelschwankungen zu

große sind. Entrahmung der Milch, Homogenisierung und Sterilisieren, sogar schon Pasteurisieren erniedrigen den Gefrierpunkt der Milch. Coit berichtet über die Bestrebungen in Amerika zur Erzielung einer einwandfreien Milch. Die sogenannte „Certified milk" darf nicht mehr als 10.000 Keime in 1 cm^3 enthalten, die Tiere, die zur Milchgewinnung dienen, unterstehen tierärztlicher, die mit der Milchgewinnung betrauten Personen ärztlicher Kontrolle.

Analyse.

Die Broschüre von Morres behandelt in allererster Linie die Untersuchung der Milch auf Fettgehalt und Verfälschung der Milch. Einen weniger großen Raum nehmen die biologischen Untersuchungsmethoden bezüglich des hygienischen Wertes der Milch ein, die zurzeit doch im Vordergrunde stehen. Eine Farbentafel erleichtert die Deutung des Ausfalles der von Morres ausgearbeiteten Alizarolprobe, die eine ziemlich weitgehende Beurteilung der Milch zu gestatten scheint. Aus diesem Grunde sei empfehlend auf das Werk hingewiesen.

Fleming berichtet über die Methoden zur Untersuchung von Trockenmilch.

Behre betrachtet die Serumuntersuchung der Milch als eine unnütze Erschwerung und Belastung, der Aufwand an Zeit hierfür könnte besser auf die milchhygienischen Methoden verwendet werden. Die Frage, ob die gewichtsanalytisch oder refraktometrisch ermittelten Werte für die Praxis brauchbar sind, ist von ganz untergeordneter Bedeutung.

Corlay fordert, daß bei der Untersuchung von Milch auf Verfälschung stets eine quantitative Bestimmung des derselben zugesetzten Kaliumbichromats zu machen ist, wenn man zu einwandfreien Resultaten kommen will. Rocques beobachtete, daß Milchsäure Kaliumbichromat rasch unter Bildung von Chromsalzen zersetzt, so daß es nicht angezeigt erscheint, bereits gesäuerte Milchproben noch zu konservieren, es empfiehlt sich vielmehr, diese so rasch als möglich zu analysieren, während frische, noch nicht gesäuerte Milch durch 1‰ $K_2Cr_2O_7$ ausgezeichnet konserviert wird.

Rammstedt (2) konnte feste Beziehungen zwischen Alkoholprobe und Säuregrad nicht feststellen, immerhin sind seiner Ansicht nach Kochprobe, Alkoholprobe und Säuregradsbestimmung geeignet, eine vorläufige Auskunft über die Beschaffenheit einer Milch zu geben. Jedenfalls läßt sich durch diese Kriterien die Widerstandsfähigkeit der Milch gegen hohe Sommertemperaturen beurteilen, die bei einer peinlich sauber ermolkenen Milch erheblich größer ist als bei Marktmilch und pasteurisierter Milch. Metzger prüfte Alkoholprobe und Säuregrad der Milch bei kranken Kühen, und zwar in 18 Fällen von Tuberkulose, 26 Fällen von Indigestion, 17 Fällen von Erkrankungen des Genitalapparates und in 9 Fällen verschiedener anderer Erkrankungen. Die Prüfungsbefunde sind folgende:

a. Tuberkulose. Das Auftreten oder Ausbleiben der Gerinnung ist völlig regellos und steht zweifellos nicht unter dem spezifischen Einflusse der Tuberkulose. Erst wenn infolge dieser Krankheit eine erhebliche Beeinträchtigung des Ernährungszustandes (tuberkulöse Schwindsucht) eingetreten ist, neigt die Milch bei der Prüfung mit Alkohol zur Gerinnung, aber sicher nicht infolge eines spezifischen Einflusses der Tuberkulose, sondern wohl als Folge der Störung des Stoffwechsels.

b. Indigestion. Eine eindeutige Reaktion in positiver oder negativer Richtung war auch hier nicht festzustellen, weder bei der ganzen Krankheitsgruppe noch bei der Untergruppe der aus traumatischer Ursache erkrankten Kühe. Aus der großen Zahl der nicht reagierenden Milchen ist zu sehen, daß Kühe an mehr oder weniger starken Verdauungsstörungen, ja sogar an zur Notschlachtung führenden Fremdkörperentzündungen leiden können, ohne daß hierdurch der Ausfall der Alkoholprobe beeinflußt wird. Dieses Ergebnis steht nicht im Widerspruch zu dem Ergebnis bei der Gruppe Tuberkulose, da Stoffwechselstörungen bei Indigestion, weder was Grad, noch was Dauer anlangt, mit denen der tuberkulösen Schwindsucht zu vergleichen sind.

c. Erkrankungen des Geschlechtsapparates. Von allen in den Bereich der Untersuchung gezogenen Krankheiten kündigen sich Erkrankungen der Gebärmutter am sichersten durch einen positiven Ausfall der Alkoholprobe an, aber nicht ausnahmslos. In Übereinstimmung mit Auzinger und Weber konnte festgestellt werden, daß das Verkalben die Alkoholgerinnung der Milch regelmäßig und eine ziemlich lange Zeit hervorruft, ferner, daß die im Anschluß an die Geburt auftretenden pathologischen Veränderungen an und in der Gebärmutter, wie z. B. Entzündungen derselben, Zurückbleiben der Nachgeburt, Pyometra, zwar nicht regelmäßig, aber doch vielfach von Einfluß auf den Ausfall der Alkoholreaktion der Milch sind. Es können nicht selten Erkrankungen des Uterus mit Störungen des Allgemeinbefindens vorliegen, ohne daß die Milchalkoholprobe einen positiven Ausfall gibt. Ansteckender Scheidenkatarrh ist, wie auch Auzinger beobachtete, ohne Einfluß auf die Alkoholgerinnung der Milch.

d. Sonstige Krankheiten. Bei rein äußeren Krankheiten der Kühe ist ein Einfluß derselben auf den Ausfall der Alkoholprobe nicht zu finden. Es ist auch nicht anzunehmen, daß entzündliche oder eitrige Exzesse, wie z. B. ein Abszeß an der Bauchwand, eine Gelenkentzündung, ein Bronchialkatarrh oder ein Sarkom der Lunge, die Beschaffenheit der Milch so alterieren können, daß sie durch Gerinnung reagiert.

Auf Grund der erhobenen Befunde ist der Wert der Alkoholprobe als diagnostisches Hilfsmittel für den Tierarzt sehr problematisch, da von den besprochenen Krankheiten nur das Verkalben einen regelmäßigen und spezifischen Einfluß auf die Alkoholprobe eine gewisse Zeit lang ausübt. Es kann nur noch die Verwendung der Alkoholprobe zu forensischen Zwecken in Betracht kommen,

aber auch nur da hätte sie einen Wert, wenn es sich darum handeln sollte, einen etwa vorausgegangenen Abortus auszuschließen. Der negative Ausfall der Probe bewiese mit Sicherheit das Nichtvorhandensein eines Abortus innerhalb gewisser Zeit. Der Hauptwert der Alkoholprobe besteht in der Ermittlung der Frische der Milch.

Lenz untersuchte Milchschlamm, der aus den Ecken und Winkeln von großen Milchkannen gewonnen war. Er enthielt 47·2% Wasser, 11·6% Sand, 27·8% sonstige anorganische Bestandteile und 13·4% organische Substanz. Die letztere setzte sich aus Baumwollfäden (wahrscheinlich von Seihtüchern herrührend, Ref.) und Eiweißgerinnseln zusammen, während in den anorganischen Bestandteilen Phosphate, Zinn, Eisen, Blei (!), Zink, Kalk, Magnesia und Spuren von Kupfer gefunden wurden. Die Bakterienflora bestand aus Pilzfäden, Penizilliumsporen, Kokken und Stäbchen.

1. Trockensubstanz.

Lührig wendet sich in dem vorliegenden Artikel gegen den Vorschlag Splittgerbers, zur Trockensubstanzbestimmung 3 bis 4 g Milch 20 bis 30 Minuten im Soxhletschen oder eine Stunde im Wassertrockenschranke zu trocknen. Die analytische Übereinstimmung mit der nach Fleischmann berechneten Trockensubstanz sei kein genügend sicheres Kriterium, da die Fleischmannsche Formel nicht für alle Verhältnisse zutreffend sein kann. Es ist nach wie vor daran festzuhalten, daß die Trockensubstanz in der Weise auszuführen ist, daß 2·5 bis 3 g Milch auf dem Wasserbade eingedampft, im Wassertrockenschranke 3 bis 4 Stunden zu trocknen und unter den bekannten Vorsichtsmaßregeln zur Wägung zu bringen sind. Durch nochmalige Wägung nach $^1/_2$- bis 1stündigem Trocknen hat man sich davon zu überzeugen, daß Gewichtskonstanz eingetreten ist. Splittgerber untersuchte zur Widerlegung der Lührigschen Anschauungen die Veränderungen, welche die einzelnen Milchbestandteile durch das Trocknen erleiden. Es zeigte, sich daß Milchsäure allein sich in ganz erheblichem Maße verflüchtigt, während sie bei Gegenwart von Kasein, Albumin, Milchzucker keine sehr wesentliche Abnahme erfährt, da sie sich, wie Splittgerber annimmt, mit diesen Substanzen zum größten Teil abbindet. Ein kleinerer Teil verflüchtet sich, doch kommt diese Menge bei 1stündigem Trocknen praktisch kaum in Betracht, besonders bei normaler Milch. Bei längerem Trocknen zeigte sich auch eine Gewichtsabnahme der übrigen Substanzen mit Ausnahme des Milchfettes, daß hierbei Veränderungen stattfinden, zeigte sich auch deutlich an der Verfärbung, die z. B. Kasein und Milchzucker bei mehrstündigem Trocknen zeigten. In nur sehr geringem und für die Praxis belanglosem Maße traten solche Veränderungen, insbesondere Gewichtsabnahme, der einzelnen Milchbestandteile und ihrer Mischungen indessen nicht ein, wenn das Trocknen im Wassertrockenschranke nur auf 1 Stunde ausgedehnt wurde. Splittgerber tritt infolgedessen erneut dafür ein, daß die Milch zur Bestimmung der Trockensubstanz nicht länger als 1 Stunde auf 100° erhitzt werden soll.

2. Eiweiß.

Malenfant fällt zur Kaseinbestimmung dieses mit 65%igem Alkohol aus der Milch, dem er 1‰ Eisessig kurz vor seiner Verwendung zusetzt. Der erhaltene Niederschlag wird mit 50%igem Alkohol gewaschen, dann mit 95%igem Alkohol, heißem Azeton und heißem Äther entfettet. Trocknen des Kaseins 7 Stunden bei 100°. Das Filtrat der Kaseinfällung wird zur Milchzuckerbestimmung verwendet.

Nach Gräfingschulte erscheint es nicht ausgeschlossen, daß bei der Fällung der Frauenmilchkaseins nach Engel (Azidität 60 bis 80, im Mittel 70 cm³ 10 Essigsäure pro 100 cm³ Milch) sich geringe Mengen Azidkasein bilden. Es empfiehlt sich daher, die Azidität nicht höher als bis 50 zu steigern.

3. Fett.

Rupp und Müller gaben folgende Modifikation der Gottlieb-Röseschen Methode für die Fettbestimmung in der Milch an: 10 cm³ Milch werden im Arzneiglas von 75 bis 100 cm³ Inhalt mit 2 cm³ Ammoniak, 10 cm³ Alkohol, 20 cm³ Äther und 20 cm³ Petroläther in der üblichen Weise gemischt. Nach 15 Minuten wird die Flasche umgekehrt und durch vorsichtiges Lüften läßt man die wässerige Schicht bis auf zirka 1·5 cm³ ablaufen. Dann fügt man 0·4 g Tragant zu dem Flascheninhalte und schüttelt heftig. Hierdurch wird die noch restierende Lösung gelatiniert und man kann die Äther-Fettlösung bequem abgießen. Zuletzt wird 2mal mit je 5 cm³ Petroläther nachgespült.

Um den Fettgehalt der Milch zu bestimmen, kochen van Lennep und Ruys 10 g Milch mit 10 cm³ Salzsäure (spezifisches Gewicht = 1·19) 2 Minuten lang, fügen 50 cm³ Trichloräthylen hinzu, schütteln 10 Minuten, heben die Trichloräthylenfettschicht ab, filtrieren durch ein trockenes Filter, bringen 25 cm³ des Filtrates in ein tariertes Becherglas, trocknen 45 Minuten lang bei 100° und wägen.

Rammstedt (3) stellte vergleichende Milchfettbestimmungen nach der Azidmethode, der Salmethode, der Neusalmethode, nach Gottlieb-Röse, Adams und Hoffmeister an. Danach gibt das Neusalverfahren mit Röse-Gottlieb und der Azidmethode übereinstimmende Werte, während das Salverfahren etwas höhere Werte liefert. Das Neusalverfahren ist auch für erhitzt gewesene Milch verwendbar.

Berger empfiehlt bei der azidbutyrometrischen Untersuchung von Buttermilch den Zusatz von 1 Tropfen Formalin, da hierdurch die Pfropfenbildung vermieden wird.

Bei der gewöhnlichen Bestimmung des Fettgehaltes in Trockenmilch nach der Babcockschen Methode fand Redmond im Durchschnitt um 3% zu niedrige Resultate. Der Fehler wurde vermieden, wenn die Trockenmilch nicht in Wasser gelöst und dann mit konzentrierter Schwefelsäure versetzt, sondern in verdünnter Schwefelsäure gelöst wurde.

4. Zucker.

Zur Bestimmung des Milchzuckers in Milch auf polarimetrischem Wege verfährt Salkowski folgendermaßen: 50 cm³ Milch werden in einem womöglich etwas breithalsigen, graduierten mit Glasstöpsel versehenen Meßzylinder von 150 bis 200 cm³ Inhalt abgemessen, 17·5 g Ammoniumsulfat hineingeschüttet und durch energisches Schütteln in Lösung gebracht. Dann füllt man mit gesättigter Ammoniumsulfatlösung bis 100 cm³ auf, mischt durch und filtriert durch ein nicht angefeuchtetes glattes Filter von zirka 16 cm³ Durchmesser (Schleicher-Schüll Nr. 597 oder 604). Das Filtrat ist vollkommen klar. Man bestimmt dann die Drehung und multipliziert mit 2. Wird die Bestimmung mit einem auf Traubenzucker graduierten Halbschattenapparat ausgeführt, so ist, wenn man den Milchzucker als Hydrat bestimmt, eine Umrechnung nicht nötig, will man die Angabe für wasserfreien Milchzucker machen, so multipliziert man den erhaltenen Wert mit 0·9417. Die Ausführung ist besonders einfach und in kürzester Zeit beendet, wenn man einen auf Traubenzuckerprozente graduierten Apparat benutzt.

Sanfelici bestimmt den Milchzucker, indem er 20 cm³ Milch mit 30 cm³ Wasser und 5 Tropfen Eisessig zum Sieden erhitzt. Nach dem Abkühlen auf 100 cm³ auffüllen und filtrieren. Dann werden je 10 cm³ einer Lösung von 4·158 g Cu SO_4 . 5 H_2O im Liter und einer Lösung von 20·4 g Seignettesalz, 20·4 g KOH, 300 cm³ NH_3 (s = 0·91). im Liter mit 20 cm³ Wasser und 10 cm³ konzentrierter NH_3 zum Sieden erhitzt und bis zur Entfärbung tropfenweise Milchfiltrat hinzugefügt.

Nowak prüfte die Methode von Jolles zur quantitativen Ermittlung von Saccharose neben anderen Zuckerarten bei kondensierter Milch mit gutem Erfolge nach. Hauptbedingung ist, daß der Milchzuckergehalt der Lösung nicht mehr als 1·5% beträgt.

5. Verwässerung, Zusätze.

Nach Untersuchungen von Sanfelici sind die einwandfreiesten Kriterien zum Nachweis einer Verwässerung der Milch ihr spezifisches Gewicht bei 15°, die fettfreie Trockensubstanz und das spezifische Gewicht des Milchserums.

Bremer macht auf einen großen Fehler in den Bestimmungen zur Verhütung der Weiterverbreitung von Seuchen durch Milch und Molkereirückstände aufmerksam. Zwei von ihm untersuchte Magermilchproben hatten ein spezifisches Gewicht 1·0207 beziehungsweise 1·0250 und einen Aschengehalt von 0·6186 beziehungsweise 0·6882%. Die Milch war also gewässert. Sie stammte aus einer Molkerei, die wegen der Maul- und Klauenseuche das gesetzlich gestattete Verfahren des Dampfeinleitens in die Milch zum Zwecke des Pasteurisierens anwandte.

Um einen Wasserzusatz in der Buttermilch festzustellen, benutzt Höyberg das denkbar ungünstigste Mittel, die Bestimmung des spezifischen Gewichtes der Molken. Er erwärmt $^1/_2$ l Buttermilch

auf 50°, filtriert die Molken ab, kühlt auf 15° und bestimmt mit Hilfe des Laktodensimeters das spezifische Gewicht. Sinkt dieses unter 1·0250, ist die Buttermilch als mit Wasser verfälscht zu betrachten. Meine eigenen früher in dieser Richtung angestellten Versuche ergaben, daß die Molken einer frischen Buttermilch aus normal gesäuertem Rahm, wenn kein Wasserzusatz vorliegt, ein spezifisches Gewicht von mindestens 1·0270 haben, daß dieses aber bei längerer Aufbewahrung sehr leicht tiefer als 1·0250 sinken kann. Das spezifische Gewicht der Molken ist also eine sehr variable Größe, die zur Beurteilung keinesfalls benutzt werden darf. Der einzig sichere Weg ist die Aschenbestimmung der Molke.

Heim kann von den verschiedenen Milchseren nur das Bleiserum als Unterlage zur Beurteilung einer Verfälschung der Milch durch Wasserzusatz empfehlen. Das spezifische Gewicht des Essigserums und des Labserums ist ein so schwankendes, daß erst Wasserzusätze von 25 bis 35% erkannt werden können.

Pratolongo empfiehlt als sicherste Methode zum Nachweise einer Verwässerung der Milch die Bestimmung der Cornalbaschen Konstante, weniger genau sind die Kryoskopie, die Bestimmung des spezifischen Gewichtes des Serums und schließlich die Refraktometrie. Bordas und Touplain prüften die Brauchbarkeit der Methode von Cornalba, den fett- und kaseinfreien Rückstand der Milch als Kriterium für eine Verfälschung zu verwerten, und kommen zu dem Resultate, daß auch diese Konstante kaum bessere Resultate liefert als die Bestimmung der fettfreien Substanz.

Pfyl und Turnau empfehlen zur Milchuntersuchung die Herstellung zweier Sera durch Essigsäure unter Zusatz von Tetrachlorkohlenstoff zum Zwecke der Entfettung. „Tetraserum I" wird in der Weise hergestellt, daß 50 cm³ Milch mit 5 cm³ Tetrachlorkohlenstoff in einer Stöpselflasche 5 bis 10 Minuten gut durchgeschüttelt, mit 1 cm³ 20%iger Essigsäure versetzt, nochmals einige Minuten geschüttelt und zentrifugiert oder filtriert werden. „Tetraserum II" wird in gleicher Weise hergestellt, nur daß die Milch vorher am Rückflußrohr im kochenden Wasserbade 20 Minuten erwärmt wird. Nach dem Erkalten wird das im Kühlrohr befindliche Kondenswasser mit der Milch im Kolben heruntergespült. Beide Seren unterscheiden sich nur durch den Inhalt des ersteren an hitzekoagulablen Eiweiß. Die Seren erwiesen sich nach den angestellten Versuchen für die üblichen Untersuchungen als gut brauchbar und im allgemeinen den bisher gebräuchlichen Seren überlegen.

Obladen tritt auf Grund seiner Untersuchungen der Angabe von Mai und Rothenfußer entgegen, daß man mit Hilfe der Refraktion den Nachweis einer Verwässerung der Milch führen könne. Auch pathologische Milch liefert niedrigere Refraktionswerte als normale Milch, weiterhin sinkt die Refraktion nicht proportional dem Wasserzusatz. Obladen hält nach wie vor die chemische Analyse für unentbehrlich zur Feststellung einer Verwässerung. Nach Alpers stellt die Refraktometrie der Milch beziehungsweise ihres Chlorkalziumserums eine wertvolle Bereicherung der Untersuchungs-

verfahren zum Nachweise einer Verfälschung dar, sie läßt mit größter Sicherheit noch Wasserzusätze vermuten, wo andere Konstanten auf normale Milch hindeuten. Zur Unterdrückung von Milchfälschungen sollten Stallproben häufiger als bisher genommen und die Milchkontrolle auch auf das Land ausgedehnt werden.

Comanducci und Frontera empfehlen die Polarisation der Milch zum Zwecke des Nachweises einer Verfälschung. 25 cm³ Milch werden mit 1 cm³ 50%iger Trichloressigsäure geschüttelt und auf 70° erwärmt. Das erhaltene Serum wird auf 15° C abgekühlt und im 100 mm-Rohr polarisiert. Normale Milch zeigt eine Drehung von im Mittel 2° 47'. Durch Wasserzusatz wird die Drehung rapide herabgedrückt. Je 10% Wassergehalt der Milch drücken die Drehung um zirka 20'.

Ficai und Cerelelli bestätigen, daß normale Milch keine Nitrate und Nitrite enthält. Sind solche vorhanden, so liegt eine Verwässerung der Milch vor.

Tillmans (1) gibt folgendes sehr rasch ausführbares Verfahren zum Nachweise von Nitraten in der Milch an, das als eine Vorprüfung zu betrachten ist. 5 cm³ Milch werden im Schüttelzylinder mit 15 bis 20 cm³ Diphenylaminreagens übergossen, dann wird kräftig geschüttelt und die entstehende Färbung beobachtet. Salpetersäurefreie Milch wird nach 3 bis 5 Minuten rosa bis gelbrot gefärbt, Milch, die bis zu 2 mg N_2O_3 im Liter enthält, zeigt ein ganz gleiches Verhalten. Bei 3 mg N_2O_5 tritt nach cirka 2 Minuten eine Grünfärbung auf, die allmählich in Gelb übergeht. Bei mehr als 4 mg tritt sofort eine Grünfärbung auf, die bei hohen Gehalten an N_2O_5 allmählich einen blauen Unterton erhält. Über die Darstellung des Reagens siehe vorletztes Referat.

Heiduschka identifizierte ein unter dem Namen „Apotheker N. P. Gotthardscher Milcherfrischer" in den Handel kommendes Milchkonservierungsmittel mit 3%iger Formaldehydlösung.

Stokes untersuchte ein Milchkonservierungsmittel „Mystin". Es bestand aus einer wässerigen Lösung von Natriumnitrat und Formaldehyd.

Wilke, Schellbach und Jilke teilen mit, daß als Präservol und Soldona bezeichnete Milchkonservierungsmittel zirka 3%ige Wasserstoffsuperoxydlösungen vorstellen.

Eury empfiehlt zum Nachweise von Formalin in Milch, 5 cm³ derselben mit 5 cm³ 50%iger Schwefelsäure und 5 Tropfen einer 1%igen Eisenchloridlösung zu mischen und bis zum Kochen zu erhitzen. Eine auftretende Violettfärbung ergibt das Vorhandensein von Formalin. Gibbs fand, daß die Hehnersche und Leachsche Probe zur Untersuchung von Milch auf Formaldehyd negativ ausfallen, wenn in der Milch außerdem noch Wasserstoffsuperoxyd anwesend ist. Um eine positive Reaktion zu erhalten, muß man das H_2O_2 vorher durch schwefelige Säure zerstören. Mit der nachstehend beschriebenen Methode kann man nach Revis noch 0·02% Benzoesäure in Milch nachweisen: 100 cm³ Milch werden mit dem gleichen Volumen Wasser verdünnt, mit 5 cm³ 10%iger Sodalösung alkalisiert und 2 bis 3 Mi-

nuten im Wasserbade erhitzt, dann fügt man 10 cm³ 20%iger $CaCl_2$-Lösung hinzu und erhitzt bis zur vollständigen Koagulation weiter. Das Filtrat wird mit Salzsäure neutralisiert, mit 10 cm³ Kupfersulfatlösung (Konzentration wie bei Fehling I) und 10 cm³ Kalilauge (31·18 g im Liter) versetzt und nochmals filtriert. Das Filtrat wird mit Salzsäure angesäuert und mit 50 cm³ Äther ausgeschüttelt. Nach dem Abdestillieren des Äthers wird der die Benzoesäure enthaltende Rückstand mit Wasser aufgenommen und mit $FeCl_3$-Lösung gefällt.

6. Gesundheit, Frische und Sauberkeit.

Trommsdorff empfiehlt von neuem zur Erkennung von Mastitismilch seine Leukozytenprobe in Verbindung mit der mikroskopischen Untersuchung nach Ernst. Für den Verkehr mit Milch wird gefordert vollständige Fernhaltung der Milch aus Eutern mit akut entzündlichen Prozessen und aus tuberkulösen Eutern. Für Streptokokkenmastitis kann nur verlangt werden, daß nur die Milch merklich erkrankter Viertel vom Verkehr auszuschließen ist.

Gminders Untersuchungen ergaben, daß die Trommsdorffsche Leukozytenprobe ein wichtiges Hilfsmittel zur Feststellung der Streptokokkenmastitis ist, aber nie für sich allein verwendet werden darf, da unter Umständen auch in der Milch gesunder Tiere abnorm große Leukozytenmengen sich vorfinden können. Stets muß noch die bakteriologische Untersuchung des Milchbodensatzes ausgeführt werden, der bakterioskopische Befund allein genügt nur, wenn die Milch steril entnommen war, in allen anderen Fällen muß weiterhin eine bakterioskopische und kulturelle Untersuchung aseptisch entnommener Milch stattfinden. Eine Trennung von pathogenen und saprophytischen Streptokokken ist auf morphologischem und kulturellem Wege nicht möglich. Auch die Hämolyse bietet keine sichere Gewähr für die Pathogenität, da von 5 für Mäuse pathogenen Stämmen nur 2 hämolysierten, drei andere aber nicht. Interessant ist der Befund, daß Kolpitisstreptokokken leicht eine chronische Streptokokkenmastitis erzeugten, wobei die Streptokokken deutliche Querstellung und Diploform zeigten und von echten Mastitisstreptokokken nicht zu unterscheiden waren. Durch einen saprophytischen Stamm konnte eine akute Streptokokkenmastitis erzeugt werden, den mit der Milch ausgeschiedenen Streptokokken fehlte aber die Querstellung.

Gratz und Náray halten die Katalaseprobe zur Erkennung von Mastitismilch, die keine sichtbare Veränderung zeigt, für empfindlicher als die Leukozytenprobe. Ein Nachteil ist der, daß auch Blut, welches der Milch beigemengt sein kann, hohe Katalasezahlen bewirkt. Auch altmelke Kühe geben eine Milch mit hohem Katalasegehalt. Die geringere Empfindlichkeit der Leukozytenprobe kann durch die bakterioskopische Prüfung des Sedimentes wieder ausgeglichen werden. Die Schardingersche Reaktion ist wegen ihres ungesetzmäßigen Verhaltens zur Erkennung von Mastitismilchen nicht gut geeignet.

Lowe empfiehlt zur Milchschmutzbestimmung eine Apparatur, die allergrößte Ähnlichkeit mit dem bekannten Stutzerschen Apparat hat. In sauer gewordener Milch ist es zwecklos, eine Schmutzbestimmung vorzunehmen.

Droop Richmond und Huish geben folgende Säuregradsbestimmungsmethode der Milch an: In zwei Bechergläser werden je 11 cm^3 Milch gebracht, die eine wird mit 1 Tropfen einer 0·01%igen Lösung von Rosanilinazetat versetzt und dient als Vergleichslösung. Die andere Probe wird mit 1 cm^3 einer 0·5%igen Phenolphthaleinlösung versetzt und mit $\frac{n}{11}$ Strontianlösung, soweit titriert, bis die auftretende Färbung gleich der der Vergleichslösung ist. Das erhaltene Resultat wird in Kubikzentimetern $\frac{n}{1}$ Alkali per Liter Milch umgerechnet, die erhaltene Zahl ist der Säuregrad.

Angelici empfiehlt die Reduktionsprobe als Maßstab für den Grad der Verunreinigung der Milch. Er betont jedoch, daß zwischen Reduktionsgeschwindigkeit und Keimgehalt kein strenger Parallelismus besteht. Partiell entrahmte Milch besitzt ein geringeres Reduktionsvermögen als Vollmilch und Rahm. Die Alkoholprobe und die Bestimmung der Azidität sind bei weitem weniger geeignet, um die Qualität der Milch erkennen zu lassen. Fred stellte fest, daß die Reduktionszeit der Milch für Methylenblau umgekehrt proportional der Temperatur ist, sofern diese 37° nicht überschreitet, Weiterhin erfolgt die Reduktionsgeschwindigkeit direkt proportional dem Wachstum der Bakterien, wobei aber jede Bakterienart ihren bestimmten Reduktionskoeffizienten besitzt. Bis zu einem gewissen Grade ist die Reduktionsgeschwindigkeit ein Maßstab für die Keimzahl, wird die Milch innerhalb 15 Minuten reduziert, so läßt sich die Keimzahl auf 15 bis 50 Millionen im Kubikzentimeter schätzen, eine Milch, die mehr als 7 Stunden zur Reduktion benötigt, hat weniger als 1 Million Keime. Milch, die zwischen 3 und 7 Stunden entfärbt, hat als brauchbar, solche die nach mehr als 7 Stunden entfärbt, als gut zu gelten.

7. Nachweis der Erhitzung.

Veranlaßt durch den Artikel von Tewes in Nr. 79 der Hildesheimer Molkereizeitung, prüfte Rievel, ob erhitzte Mager- oder Buttermilch, die mit Guajaktinktur keine Reaktion mehr geben, durch Zusatz bis zu 50% Wasser die oxydierende Fähigkeit wieder erlangte. Dies wurde in keinem Falle beobachtet. Weigmann tritt auf Grund experimenteller Untersuchungen dem von dem Molkereipraktiker Tewes ins Leben gerufenen Märchen entgegen, daß Wasser und Bakterien in einer hochgradig erhitzten Milch eine Oxydasenreaktion mittels Guajaktinktur auszulösen imstande seien. Futterstaub in Mengen von 1 g vermag erst in 12 bis 15 Minuten eine Reaktion auszulösen, derartige Mengen in der Milch würden übrigens die Sauberkeit der betreffenden Molkerei ins rechte Licht rücken. 30 Mi-

nuten auf 70° erhitzte Milch gibt noch die Guajakreaktion. Die Zerstörung des Fermentes erfolgt erst bei 72° und ½stündiger Erhitzungsdauer. Drost gelangt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Resultate, daß sowohl die Arnoldsche Guajakreaktion wie die Storchsche Reaktion sich zur Feststellung einer stattgehabten Erhitzung der Milch eignen.

Die Kühnschen Versuche ergaben, daß Natriumbikarbonat, Borax, Borsäure und Salizylsäure keinen Einfluß auf die Guajakreaktion haben. Formalin in großen Mengen kann in roher Milch die Reaktion zum Verschwinden bringen, nach Zusatz von H_2O_2 tritt sie indessen wieder auf. Kaliumbichromat in genügend erhitzter Milch vermag Rohmilch vorzutäuschen. H_2O_2 kann umgekehrt rohe Milch als erhitzt erscheinen lassen. Im übrigen wird die Anwendung der Guajakprobe als zuverlässig empfohlen. Schern und Schellhase hatten die Beobachtung gemacht, daß eine an sich unwirksame Guajaktinktur — zum Nachweise von roher Milch — wirksam gemacht wird durch Zusatz von Guajakol. Die Guajakoltinktur scheint noch in einigen besonderen Fällen den Vorzug vor der gewöhnlichen Guajaktinktur zu besitzen, daß damit auch Milch, welcher Wasserstoffsuperoxyd zum Zweck der Konservierung zugesetzt worden war, erkannt werden kann. Mit Wasserstoffsuperoxyd versetzte rohe Milch gibt mit gewöhnlicher Guajaktinktur sehr oft keine Blaufärbung mehr, obwohl die Tinktur an sich sehr wirksam ist. Bei Verwendung von Guajak-Guajakol hingegen trat in den angeführten Versuchen eine starke Reaktion ein. Auf gekochte Milch ist diese Tinktur unwirksam. Falls eine Guajak-Guajakol-Lösung gegenüber roher Milch unwirksam sein sollte, konnte sie durch Zusatz von 0·5% 3%igen Wasserstoffsuperoxyd stets aktiviert werden.

Bickele bestätigt, daß die Guajak-Guajakol-Tinktur bessere Resultate gibt als die einfache Guajatinktur. Geringe Mengen Wasserstoffsuperoxyd befördern die Reaktion der Guajatinktur, größere dagegen wirken hemmend, während Guajakol-Guajak-Tinktur davon nicht beeinflußt wird, wie überhaupt diese Reaktion schärfer ist. Hinsichtlich der von Tewes aufgestellten Behauptungen kommt Bickele auf Grund seiner Unterssuchungen zu denselben Resultaten wie Rievel und Weigmann.

Da sowohl Paraphenylendiaminlösungen wie Wasserstoffsuperoxyd nur eine begrenzte Haltbarkeit besitzen, wendet Tillmans (2) für die Storchsche Reaktion nicht die Lösungen an, sondern verwendet festes Paraphenylendiamin, an Stelle des Wasserstoffsuperoxyds tritt Bariumsuperoxyd. Beide befinden sich in je einem Streugläschen, das Paraphenylendiamin ist mit Seesand gemischt. Die Verwendung einer Mischung von Paraphenylendiamin und Bariumsuperoxyd ist nicht empfehlenswert, da das Reagens dann bald an Wirksamkeit einbüßt. Man verfährt in der Weise, daß man zu 10 bis 20 cm^3 Milch aus einem Streugläschen erst das Paraphenylendiamin-Sandgemisch, dann das Bariumsuperoxyd hinzufügt. Bei Verwendung von wenig Bariumsuperoxyd tritt eine schöne

Blaufärbung ein, wird viel BaO_2 hinzugesetzt, schlägt die Farbe infolge der zunehmenden Alkaleszens der Milch in Rot um. Die Paraphenylendiaminmenge braucht nicht begrenzt zu werden.

Römer betont, daß ein negativer Ausfall der Schardingerschen Probe nicht unbedingt ein Beweis für die stattgehabte Milcherhitzung ist, es kann sich in solchen Fällen auch um Anfangsmilch handeln, die fast ausnahmslos nicht entfärbt, anderseits beweist eine positive Reaktion nichts für das Nichterhitztsein der Milch, da auch erhitzte Milch nachträglich infiziert sein kann. Auch Zusatz von Alkalien oder von Ferrosulfatlösungen zur erhitzten Milch löst eine positive Reaktion aus.

Milch als Nahrung.

Mayerhofer und Pribram berichten über im Durchschnitt recht gute Erfolge bei der Ernährung von kranken Kindern aller Art mit konservierter Frauenmilch (buddisierte Milch) und mit entfetteter, getrockneter Frauenmilch. Die mit Wasserstoffsuperoxyd konservierte Milch hielt sich zirka 1 Monat, mit Kalkodat (CaO_2) konservierte Milch nahezu drei Monate, die Trockenmilch über $5^1/_2$ Monate.

Abderhalden und Kramm studierten zunächst den Einfluß der Gerinnung des Kaseins durch das Labferment des Magensaftes auf den Abbau der Milcheiweißkörper durch Pepsinsalzsäure. Zu diesem Zwecke wurde Milch einmal mit Natriumoxalatlösung, das andere Mal mit dem gleichen Quantum Wasser versetzt und beide Proben durch Pepsinsalzsäure verdaut. In der ersten Probe konnte wegen des Fehlens gelöster Kalksalze eine Milchgerinnung nicht eintreten. Nach der Digestion wurde in den Milchproben der Gesamtstickstoff, der Ammoniakstickstoff und der Aminostickstoff bestimmt. Es ergab sich stets, daß die Menge des Aminostickstoffs eine größere war, wenn geronnene Milch zur Verdauung kam. Weiter wurde untersucht, ob das Kochen der Milch die Verdauung derselben beeinflußt. Zu diesem Zwecke wurde frische Milch in zwei Teile geteilt, der eine wurde nach 5 Minuten langem Kochen und Wiederabkühlen, der andere in rohem Zustande durch Magensaft verdaut. Es ergab sich hierbei, daß die gekochte Milch nach der Verdauung weniger Aminostickstoff aufwies als rohe Milch. Die Unterschiede waren sehr beträchtlich.

Gaucher verfütterte das Labgerinnsel der Kuhmilch an einen Duodenalfistelhund. 25 Minuten nach der Verfütterung erschienen die ersten feinst verteilten Kaseinklümpchen, ihr Auftreten hielt eine Stunde an. Gaucher stellt sich auf Grund seiner früheren Untersuchungen die Magenverdauung der Milch folgendermaßen vor: Die genossene Milch tritt in den ersten Minuten unverändert in den Darm über, da in den ersten 10 bis 15 Minuten kein Magensaft sezerniert wird. Diese Milchmenge macht etwa die Hälfte der genossenen aus. Nach dieser Zeit tritt infolge der einsetzenden Saftsekretion Gerinnung des Restes ein und nun tritt nur noch Milch-

serum in den Darm über. Das übrig bleibende Gerinnsel soll mechanisch durchgeknetet werden (!), wobei einzelne Brocken sich ablösen und mit dem Serum weggehen, während die Hauptmasse des Gerinnsels staubfein zerrieben wird und in dieser Form zuletzt in den Darm übertritt. (Diese Ansicht steht mit den modernen Anschauungen über den Mechanismus der Magenverdauung [Ellenberger, Scheunert, Grützner] in Widerspruch. Es findet keine Durchknetung des Mageninhaltes statt.)

Lombroso konnte die von Pawlow behauptete Abhängigkeit der Verdauungssäfte von der Art der Nahrung nicht bestätigen. Der von Fistelhunden gesammelte Pankreassaft zeigte Kasein und Pepton gegenüber stets dasselbe Verdauungsvermögen, gleichgültig, ob Milch, Brot, Fleisch oder 0·3%ige Salzsäure in den Magen eingeführt wurden. Belgowski fand beim isolierten Labmagen von Kälbern, daß die milchkoagulierende Wirkung des Magensaftes am größten bei der Verfütterung von süßer Milch ist, saure Milch sowie irgend ein anderes Futter geben einen Saft, der erheblich langsamer koaguliert.

Nach Beobachtungen von Salge (1) ist die Salzsäurekonzentration im Magen von mit Milch genährten Säuglingen so gering, daß eine peptische Verdauung nicht möglich ist, das gleiche gilt von normal gedeihenden Brustkindern. Der Artikel fordert den Widerspruch Toblers heraus, dem Davidsohn und Salge antworten.

Hopkins ernährte Ratten mit einem künstlichen Gemisch von Kasein, Fett, Kohlenhydraten und Salzen. Ein Teil der Tiere erhielt eine Zulage von frischer Milch, wodurch die Trockensubstanzmenge um 4% erhöht wurde. Die ausschließlich mit dem künstlichen Nahrungsgemisch ernährten Tiere blieben merklich im Wachstum zurück, obwohl die Nährstoffmenge zu einem normalen Wachstum vollkommen ausreichend war, während die Tiere, die gleichzeitig Milch erhielten, sich normal entwickelten.

Huldschinsky fand, daß im Mageninhalte von Brustkindern sich nur geringe Mengen von flüchtigen Fettsäuren verfinden, während bei Kuhmilchernährung erheblich größere Mengen gefunden wurden. Dieser Unterschied ist in der Hauptsache auf die Beschaffenheit des Kuhmilchfettes zurückzuführen, wie aus Austauschversuchen mit Frauen- und Kuhmilchfett hervorging. Der verschiedene Zuckergehalt sowie das Eiweiß spielen keine Rolle.

Mensi fand beim künstlich wie beim natürlich ernährten Säugling das Retentionsvermögen und das Assimilierungsvermögen des Stickstoffes nahezu gleich hoch, das letztere war beim künstlich ernährten Säugling mitunter noch höher als beim natürlich ernährten. Das Assimilationsvermögen schwankte bei positiver Bilanz zwischen 3 und 71% und betrug beim normalen Säugling im Mittel 48%. Mc. Collum erzielte bei der Verabreichung von Kasein als einziger Stickstoffquelle in der Nahrung einen erheblichen Körperansatz von 20 bis 25%.

Lippschütz konnte einen 3 Monate alten Hund, der als einzige Phosphorquelle Kasein erhielt, in vollständig normaler Weise sich

entwickeln sehen. Die Anwesenheit von anorganischen Phosphaten ist somit zu einer normalen Entwicklung, speziell zur Skelettbildung, nicht nötig. Wolff studierte den Kalk- und Phosphorsäurestoffwechsel bei knappen und reichlichen Kuhmilchmengen. Es ergab sich, daß in den erhöhten Nahrungsmengen eine bessere Ausnutzung der genannten Elemente statthatte als in den niedrigeren. Der Stickstoffumsatz ging parallel der P_2O_5-Ausscheidung im Harn. Die Phosphorsäureausscheidung durch den Harn war in beiden Perioden dieselbe. Dibbel weist daraufhin, daß sich der Organismus in der ersten Gewichtsverdoppelungsperiode unter dem Einflusse eines Kalkhungers befindet, so daß jeder Säugling für die Entstehung einer Rachitis prädisponiert ist, unter normalen Verhältnissen setzt am Ende der Gewichtsverdoppelung ein Ausgleich ein, der durch den dann vorhandenen Überfluß an Kalk in der mütterlichen Nahrung ermöglicht wird. Ist der Kalkgehalt der Frauenmilch aber, wie es oft vorkommt, erheblich vermindert, so kann dann sehr leicht Rachitis auftreten.

Friedenthal erblickt das Ideal der Säuglingsernährung in einer dreijährigen Stilldauer. Da eine solche aus sozialen und vielfach auch aus äußeren Gründen nicht durchführbar ist, fordert er eine Ernährung mit Kuhmilchverdünnungen unter Zusatz von Frauenmilchsalzen bis zu dem angegebenen Alter. Ob hier die Bedeutung der „Frauenmilch"salze nicht reichlich überschätzt wird?

Die Untersuchungen Niemanns, der ein Kind mit einer fettarmen, einer normalen und einer fettreichen Milch ernährte, ergaben im Gegensatze zu den bisherigen Untersuchungen, daß die Kalkbilanz durch den Fettgehalt der Milch nicht beeinflußt wurde.

Kühl (3) liefert einen Beitrag zur Säuglingsernährung. Er kommt zu dem Schlusse, daß die Kuhmilch zur Säuglingsernährung, wenn eine einwandfreie Milch nicht beschafft werden kann, stets gefährlich ist. Das Pasteurisieren hat dann nur noch geringen Wert. Es ist weiterhin zu beachten, daß der bei der Verdünnung verwendete Milchzucker eine Unmenge gefährlicher Keime enthält. Kühl fand in verschiedenen Milchzuckerproben in großer Zahl Bakterien, die Lab wie peptonisierende Fermente erzeugten und da sie sporulierten, durch Pasteurisieren nicht vernichtet werden konnten.

His spricht sich zugunsten der Karellschen Milchkuren aus in verschiedenen Fällen von Herzkrankheiten.

Hanssen studierte den Einfluß von mit der Milch zugeführten Bakterien auf das Bakteriunwachstum im Verdauungskanal des Hundes. Bacterium acidi lactici, coli, Bacterium aerogenes, Bacillus mycoides, subtilis, mesentericus, Flügge VII wurden zu Milch, die dreimal im Autoklaven sterilisiert worden war, hinzugefügt und einige Zeit stehen gelassen. Die Milch wurde dann an Hunde verfüttert, die 24 Stunden gehungert hatten und zwei Stunden nach der Nahrungsaufnahme getötet wurden. Es ergaben sich folgende Resultate: Bac. acidophilus, der in der Milch kein besonderes Wachstum zeigte, erfuhr im Magen eine geringe Vermehrung und war bis zum Ileum nachweisbar. Bac. acidi lactici Hueppe wurde im Magen bis auf

$^1/_{10}$ seiner ursprünglichen Menge verringert, aerogenes ebenso. Alkalibildende Kurzstäbchen und Kolibakterien erfuhren im Magen ebenfalls eine starke Verminderung, erholten sich aber im Darm wieder, die ersteren, die noch im Ileum in sehr geringer Menge vorkommen, sind im Coekum massenhaft vorhanden, während Koli im Ileum eine beträchtliche Vermehrung erfuhr. Im Kolon wenige, Durchfall-Bac. Flügge Nr. 7 ist im Mageninhalte sehr stark reduziert, hat dort aber alle anderen Bakterien überwuchert. Im Ileum finden sich wenig, im Kolon sehr viele Keime. Wirkt akut pathogen. Bac. mesentericus fuscus fehlt bereits im Dünndarme. Bac. mycoides (lebhaftes Erbrechen) ließ sich noch im Ileum nachweisen. Coccus lactis viscosi verlor seine Eigenschaft im Magen, Bac. violaceum wurde im Magen stark reduziert, im Ileum und Kolon sehr viel Keime.

Entgegen den im letzten Berichte geschilderten Erfahrungen verschiedener Autoren über das Vorkommen von Kaseingerinnseln im Säuglingsstuhl gibt Courtney an, daß er solche auch bei Verabreichung gekochter Milch beobachtet habe.

Ossinin fand, daß natürlich ernährte Kaninchen in ihrem Organismus viel früher Präzipitine im Blute zu bilden vermögen als künstlich ernährte.

Sauermilch.

Henneberg weist erneut auf die große Unzuverlässigkeit der trockenen Yoghurtpräparate hin und betont, daß nur frisch aus der Fabrik bezogene Präparate mit Erfolg verwendet werden können. Der Erfolg ist mit flüssigen Präparaten ein viel sicherer als mit Trockenpräparaten. Hohenadel wendet sich gegen Henneberg, welcher behauptet hatte, daß in den Yoghurttrockenpräparaten der Bac. bulgaricus meistens fehle. Hohenadel konnte diesen in den meisten Trockenpräparaten auffinden. Auch Piorkowski konnte in Übereinstimmung mit dem vorhergehenden und im Gegensatz zu Henneberg in Trockenpräparaten, die über ein Jahr alt waren, neben Diplokokken und Streptokokken auch Yoghurtbazillen nachweisen.

Olsen-Sopp beschreibt die Taëtte als eine stark saure, fadenziehende Milch, deren Heimat Norwegen ist und dort früher sehr verbreitet war. Zur Entstehung derselben sind drei Mikroorganismen nötig, von denen einer, der nicht säuert — Streptobazillus oder Streptokokkus — die fadenziehende Eigenschaft hervorruft, ein anderer, Laktobazillus, dem Bac. bulgaricus verwandt zu sein scheint, der dritte eine Hefeart ist, die in Gegenwart der vorgenannten Bakterien den Milchzucker stark vergärt. Die Taëtte ist das Ausgangsprodukt für die sogenannte Kellermilch, ein Dauerpräparat, das jahrelang haltbar ist und im hohen Norden kaum entbehrt werden kann. Eine Gärungsanomalie stellt die sogenannte „falsche Taëtte" dar, die ebenfalls eine fadenziehende, saure Milch ist, aber im Gegensatze zur echten Taëtte leicht der Verderbnis ausgesetzt ist und deren Genuß unbekömmlich ist.

Reicher empfiehlt bei Säuglingen mit akuten Ernährungsstörungen als Ersatz für die immerhin sehr teure Eiweißmilch alkalisierten Kefir, der nach folgendem Rezept hergestellt wird. ½ l abgekochte Kuhmilch wird nach der Abkühlung in eine Flasche mit Patentverschluß gefüllt, die ¾ l faßt. Hierzu wird eine Kefirtablette gefügt und kräftig geschüttelt. Dann läßt man die verschlossene Flasche bei 30 bis 35° C (Nähe des Ofens) unter wiederholtem Schütteln 24 Stunden stehen. Nach dieser Zeit ist der Kefir trinkfertig, muß aber für die Verabreichung an akut magendarmkranke Säuglinge in folgender Weise weiterbehandelt werden: Zu je ½ l Kefir setzt man 5 cm³ 20%iger Natriumkarbonatlösung und ½ l Wassser.

Sonstige Milchpräparate.

Hüppe untersuchte Trockenmilch, die er sich mit einem Hatmakerschen Apparat selbst hergestellt hatte. Er fand die Löslichkeit des Pulvers in Wasser relativ gering. Der Geschmack war der einer gekochten Milch, die Enzyme waren natürlich vernichtet. Die in der Trockenmilch enthaltenen Keime sind harmlos, da sie nicht auskeimen können. Vor Licht und Luft geschützt, ist die Trockenmilch monatelang haltbar.

Avinagnet Bloch-Michel und Dorlencourt empfehlen für das Allaitement mixte die Verwendung von halbentrahmter Milch. Bei Dyspepsie, Magendarmstörungen vom Typus der Cholera infantum wurden gute Erfolge erzielt.

Miller (2) untersuchte in Australien hergestellte gesüßte kondensierte Milch. Interessant ist, daß in 9 von 11 Proben das Vorkommen von Tyrosin konstatiert wurde. Dieses erscheint nach Miller gewöhnlich im 3. bis 4. Monat nach der Herstellung der Milch, seine Menge nimmt mit dem Alter der Proben zu.

Stolte (1) konnte schwere Durchfälle der Säuglinge mit gutem Erfolge durch Verabreichung von Buttermilch, die einen 5%igen Zusatz von Mondamin erhalten hatte, bekämpfen. Schaps macht, veranlaßt durch die Arbeit Stoltes, darauf aufmerksam, daß er in ähnlichen Fällen schon früher eine Buttermilch mit 1 bis 2% Fett als wirksames Heil- und Ernährungsmittel angewandt und empfohlen habe.

Finkelstein bespricht einige Fälle von Säuglingsekzem und dessen Heilung durch die Verfütterung von molkenreduzierter Milch.

Auf Grund seiner an 83 Neugeborenen gemachten Erfahrungen kommt Benfey zu einem äußerst günstigen Resultate für die Eiweißmilch. Man erhält damit bei sachgemäßer Technik bessere Resultate als mit irgend einer andern künstlichen Ernährung. Die Tagesmenge der Eiweißmilch soll etwa 150 bis 200 g pro Kilogramm Körpergewicht betragen. Der Zuckerzusatz soll nie geringer als 3% sein, zweckmäßig beginnt man mit 5% und steigt bei ausbleibender Gewichtszunahme, wenn sonst keine Störungen vorliegen, auf 6 bis 8%. Malzzuckerpräparate garantieren wesentlich besseren Erfolg

als Rohrzucker. Auch Beck spricht sich sehr günstig über die Eiweißmilch aus. Der Vorteil bei dieser Ernährung liegt darin, daß man schneller als bei irgend einem andern Nährgemisch zu genügenden Nahrungsmengen übergehen kann. Als Kohlehydratzulagen werden ebenfalls Maltosepräparate empfohlen, bei älteren Kindern kann auch von Mehl und Kindermehlen ausgiebiger Gebrauch gemacht werden. Die Gesamtmenge der Eiweißmilch soll auch bei über 5 kg schweren Kindern nicht mehr als 1 l betragen. Brady und Cassel erzielten bei der Behandlung von an verschiedenen Ernährungsstörungen erkrankten Kindern mit Eiweißmilch sehr gute Erfolge.

Weill und Mouriquand hingegen haben mit Eiweißmilch sehr schlechte Erfahrungen gemacht.

Heim und John verwenden eine der Finkelsteinschen Eiweißmilch ähnliche Komposition, die folgendermaßen dargestellt wird. Zu $^1/_3$ l Milch wird das fein zerriebene Labgerinnsel von $^2/_3$ l Milch hinzugefügt sowie eine in ihrer Konzentration steigende Menge Soxhletschen Milchzuckers. Gute Erfolge bei Dyspepsien und Dekompositionen. Im übrigen geben sie der Czerny-Kellerschen Einteilung der Ernährungsstörungen den Vorzug vor der Finkelsteinschen.

Ph. Müller stellt eine Säuglingsmilch in folgender Weise her. 1 l Vollmilch wird durch Lab zur Gerinnung gebracht und die Molke aus dem Gerinnsel entfernt. Dieses wird mit 1 l Buttermilch-Wassergemisch innig verrieben. An Stelle verdünnter Buttermilch kann auch verdünnte Magermilch angewandt werden, doch ist Buttermilch wegen ihres höheren Fermentgehaltes vorzuziehen. (Für die Verwendung von Buttermilch spricht meines Erachtens auch der höhere Gehalt derselben an Lipoiden. Ref.)

Milch als Krankheitsträger und Krankheitsursache.

Plantenga machte bezüglich der Barlowschen Krankheit ganz eigenartige Beobachtungen: Bei der Verabreichung von Milch, die an zwei aufeinanderfolgenden Tagen, einmal direkt nach dem Melken, das zweitemal 24 Stunden später pasteurisiert worden war, traten massenhafte Erkrankungen an Barlowscher Krankheit auf, während die Verabreichung von Milch, die auf 2mal, aber kurz hintereinander an demselben Morgen pasteurisiert war, keine derartigen Erkrankungen zur Folge hatte. Plantenga führt demnach die Barlowsche Krankheit nicht auf das Erhitzen der Milch, sondern auf das Alter der erhitzten Milch zurück. Hart (1) gelang es, durch Verfütterung von kondensierter Milch an junge Affen eine Krankheit hervorzurufen, die sich vollständig mit der Möller-Barlowschen Krankheit deckt. Auch die mikroskopischen Veränderungen stimmen bis in alle Einzelheiten mit den für die Möller-Barlowsche Krankheit als spezifisch erkannten Störungen des Knochensystems überein. Bei einem ausgewachsenen Affen, der ebenfalls mit kondensierter Milch ernährt wurde, traten genau dieselben Veränderungen auf, wie sie bei den jungen Tieren beobachtet worden waren. Es traten sonach beim Skorbut der Erwachsenen und der Möller-Barlow-

schen Krankheit der Jungen die gleichen Knochenveränderungen auf, beide Krankheiten sind demnach als identisch zu bezeichnen.

Martin und Pettit konnten bei Ratten und Kaninchen durch ausschließliche Ernährung mit Milchpulver schwere Ernährungsstörungen hervorrufen, die sich hauptsächlich zunächst in Albuminurie neben Glukosurie, Hämaturie und Zylindrurie äußerten. Später traten Leberzirrhose und Nephritis ein. Im Blute fand sich sehr viel Harnstoff.

Frost (2) beobachtete, daß zwei Kinder, die von ihren an Wochenbettseklampsie erkrankten Müttern genährt wurden, unter Vergiftungserscheinungen (Zyanose, Krämpfe) starben. Auch nierenkranke Mütter dürfen ihre Säuglinge wegen der toxischen Eigenschaften der Milch nicht stillen.

Healy und Kastle (1) betonen die große Ähnlichkeit der Erscheinungen bei Milchfieber und Eklampsie und sind der Meinung, daß beide Krankheiten durch einander ähnliche Toxine, die in der Milchdrüse gebildet werden, bewirkt werden. Das im Stadium des Milchfiebers sezernierte Kolostrum hat nach weiteren Untersuchungen von Kastle und Healy (1) dementsprechend toxischen Charakter, sie zeigten dies, indem sie Meerschweinchen Kolostrum und Milch gesunder Kühe und das Kolostrum von an Milchfieber erkrankten Kühen intraperitoneal injizierten. Während im ersten Falle die Meerschweinchen gesund blieben oder nur an bald vorübergehendem Durchfall erkrankten, trat bei den mit dem Kolostrum erkrankter Kühe geimpften Meerschweinchen nach 5 bis 6 Tagen der Exitus ein. Kolostrum, das 17 Tage aufbewahrt war, wirkte nicht mehr in diesem Maße giftig, ein damit geimpftes Meerschweinchen starb erst nach 16 Tagen, während bei der Verimpfung von 17tägigem mit Normalnatronlauge neutralisierten Kolostrum die geimpften Meerschweinchen am Leben blieben. Soweit diese Tiere trächtig waren, trat nach der Verimpfung des Kolostrums kranker Kühe regelmäßig Abortus ein. Bei der Sektion der verstorbenen Tiere ergaben sich alle Merkmale der Eklampsie. Healy und Kastle (2) stellten weiterhin fest, daß nicht nur das Kolostrum von Kühen, die an Milchfieber erkrankt waren, Abortus bei der Verimpfung an trächtige Meerschweinchen hervorzurufen imstande ist, sondern auch das Kolostrum gesunder Kühe, während Milch eine derartige Wirkung nicht äußerte. Healy und Kastle vermuten, daß es sich hierbei um ein Hormon handelt, da auch gekochtes und wieder abgekühltes Kolostrum dieselben Erscheinungen zeigte. Nach weiteren Untersuchungen von Kastle und Healy (2) sind übrigens auch Kalziumlaktat und -glyzerophosphat, sowie Kaliumlaktat, nicht aber Natriumlaktat und Magnesiumlaktat befähigt, bei der Injektion Abortus hervorzurufen. Magnesiumlaktat schien übrigens dieser Wirkung des Kolostrums entgegenzuarbeiten, da ein mit Magnesiumlaktat geimpftes Meerschweinchen nach der Verimpfung von Kuhkolostrum nicht abortierte, während ein anderes Tier, das mit Natriumlaktat vorbehandelt worden war, nach einer Dosis menschlichen Kolostrums prompt abortierte.

Carré gibt die Untersuchungsresultate der Milch von an Agalaktie leidenden Ziegen vor und nach der Infektion folgendermaßen an:

	Normal	Erkrankt		Normal	Erkrankt
Spez. Gew. . .	1·029	1·023	Amidstickstoff .	0·0631%	0·0765%
Azidität (als Milchsäure). .	0·14%	0·07%	Kaseinstickstoff- (in % des Gesamt-N) . . .	53·15%	45·49%
Trockensubstanz	12·195%	8·83%			
Fett	3·34%	0·68%	Albuminstick- stoff (in % des Gesamt-N) . .	37·86%	47·08%
Milchzucker . .	3·41%	0·29%			
Eiweiß	4·39%	6·74%	Amidstickstoff .	8·99%	7·43
Asche	0·98%	0·96%	Cl.	0·208	0·333
Gefrierpunkt . .	−5·065°	−0·545	P_2O_5	0·161	0·072
Gesamtstickstoff	0·7026%	1·0308%	CaO.	0·180	0·031
Kaseinstickstoff	0·3735%	0·469%	MgO.	0·052	0·010
Albuminstick- stoff	0·266%	0·4853%			

Er fand, daß die von Agalaktie befallene Drüse noch mehrere Monate zu sezernieren imstande ist, während welcher Zeit die Milchmenge langsam, aber ständig zurückgeht, bis die Milchdrüse vollständig atrophiert. Das während dieser Zeit erhaltene Sekret ist hochgradig virulent.

Martin untersuchte die Milch maul- und klauenseuchekranker Kühe. Das spezifische Gewicht ist nicht verändert, Fett- und Trockensubstanzgehalt erhöht (entsprechend dem Rückgange der Milchmenge). Das Virus der Maul- und Klauenseuche befindet sich nicht in der Milch, sondern gelangt erst während des Melkens in dieselbe, die aseptisch gewonnene Milch ist somit für den Menschen nicht als gesundheitsschädlich anzusehen. (Martin trank 11 Milchproben von kranken Tieren, einige weitere Personen 9.) Bei nur leicht erkrankten Kühen zeigt die Milch keine auffallende Veränderung der chemischen Zusammensetzung und ist bei sauberer Gewinnung und nach vorherigem Abkochen oder Erhitzen als ungefährlich zum menschlichen Genuß zuzulassen, während die Milch schwer erkrankter Tiere, besonders wenn Euterentzündungen hinzutreten, vom menschlichen Genusse auszuschließen sind. Honigmund fand in der Milch von an Maul- und Klauenseuche erkrankten Kühen ebenfalls einen starken Rückgang der Milchmenge, eine Erhöhung des Fett- und teilweise auch des Aschengehaltes, während der Zuckergehalt zum

Teil sehr stark erniedrigt war. Auf die Menge der Eiweißstoffe (leider wurde das Verhältnis Kasein: Albumin nicht festgestellt) schien die Krankheit keinen Einfluß zu haben.

Amberger untersuchte die Milch zweier an Mastitis erkrankter Kühe während der Dauer der Krankheit. Die Milch aus dem kranken Strich der einen schwer erkrankten Kuh war stark alkalisch, der Fettgehalt ein minimaler, ebenso der Gehalt an Milchzucker, während der Eiweißgehalt stark, der Aschengehalt um ein geringes erhöht war. Der Chlorgehalt der Asche war sehr hoch. Bei der in viel geringerem Maß erkrankten andern Kuh zeigte das Sekret des erkrankten andern Strichs einen erhöhten Gehalt an Fett und fettfreier Trockensubstanz, der Zuckergehalt war bedeutend erniedrigt.

Hahn, der Untersuchungen über die Säuglingstuberkulose anstellte, konnte keinen deutlichen Einfluß der natürlichen Ernährung auf den Verlauf und die Prognose der Säuglingstuberkulose nachweisen.

Kurashige, Mayeyama und Yamada fanden in allen Fällen des 2. und 3. in $^3/_4$ aller Fälle des ersten Stadiums der Tuberkulose Tuberkelbazillen in der Frauenmilch. Da in den meisten Fällen auch das Blut tuberkelhaltig war, sehen sie in diesem die Hauptquelle für die in der Frauenmilch vorkommenden Keime. Für den Säugling, der solche infizierte Milch zu sich nimmt, besteht indessen nur eine geringe Gefahr.

Variot weist unter anderem auf die toxische Wirkung der Muttermilch hin, ohne daß eine Ursache hierfür erkennbar wäre. Vielfach wird eine schädliche Wirkung bei Wiedereintritt der Periode beobachtet (Durchfälle). Endlich sind noch alimentäre Vergiftungen der Stillenden zu erwähnen, die auf den Säugling einwirken.

Anatomie und Physiologie, Pharmakologie.

F. Maillet. *Le tissu cellulaire souscutané dans la défense de l'organisme de l'enfant.* (Pathol. inf., 1912, Nr. 5.)

Das Unterhautzellgewebe spielt normalerweise beim Säugling eine außerordentlich wichtige Rolle bei der allgemeinen Ernährung und als Schutzorgan. Seine Funktion kann infolge von Hypertrophie oder Atrophie seiner anatomischen Elemente gestört werden. Diese Störungen sind abhängig von dem allgemeinen Zustand des Kindes (Obesitas, Lymphatismus, Kachexie). Sie wirken zurück auf den allgemeinen Zustand infolge Abschwächung der Abwehrmittel des Unterhautzellgewebes und der Lymphatismus hält die Infektion, indem er sie lokalisiert. Atrophie und Kachexie prädisponieren zur Generalisierung, zur Sepsis.

Die Ödeme beim Säuglinge sind Folgen dieser Störungen in den Abwehrfunktionen des Unterhautzellgewebes. Sie können durch

Infiltration hervorgerufen werden und erleichtern stets deren Verbreitung. Die Dystrophien des Unterhautzellgewebes erklären die Schwere der Hautinfektionen beim Kinde. Gleichzeitig ergibt sich die Notwendigkeit, diese Infektion bei lymphatischen und besonders beim atrophischen und kachektischen Kinde zu vermeiden.
Philips (Antwerpen).

Friedberger und **Ito** (Berlin). *Beiträge zur Pathogenese des Fiebers.* III. Mitteilung: *Die Beeinflussung der Körpertemperatur durch Salze nach Untersuchungen am Meerschweinchen.* (Zeitschr. f. Immunitätsforsch., XV, S. 303.)

Salzlösungen von verschiedener Konzentration wurden Meerschweinchen intraperitoneal injiziert. (Angewandte Technik siehe S. 309.)

Während eine Flüssigkeitszufuhr von 3 cm^3 artgleichen Serums die Temperatur des Tieres nicht beeinflußt, bewirkt Aqu. dest. in Mengen von 0·5 bis 3·0 cm^3 Fieber.

Verschiedene Salzlösungen von z. B. Kochsalz, Kaliumchlorid, Ammoniumchlorid, Lithiumchlorid, Magnesiumchlorid, Strontiumchlorid, Quecksilberchlorid, Bromnatrium, Jodnatrium, Natriumsulfat erregen Fieber. Die meisten bewirken in großen Mengen den Tod, in mittleren Mengen Temperatursturz und Fieber, in kleinen Dosen Fieber.
Th. Messerschmidt (Straßburg).

A. Reiche. *Über den Einfluß einer trächtigen Hündin gegebener Morphiumgaben auf den Hundefötus und den säugenden Hund.* (A. d. Kais.-Aug.-Vict.-Haus Charlottenburg.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. IV, S. 542.)

Irgend ein Einfluß ist nicht vorhanden.
Birk (Kiel).

Schule.

Sloan. *Medical examination of school children in South Manchester, Conn.* (Ärztliche Schulaufsicht.) (Med. Rec., 24. August 1912.)

Manchester, Connecticut, hat bloß 13.000 Einwohner, man sieht, wie sich die Bewegung auf die kleineren Ortschaften ausgedehnt hat.
Wachenheim (New York).

Ernährung und Stoffwechsel.

H. Koller. *Stillen und Stillunfähigkeit.* (Korrespondenzbl f. Schweizer Ärzte, Nr. 21, 1912.)

Eine originelle, von eigenem Nachdenken und guter Beobachtung zeugende Arbeit, in welcher sich der Verf. mit Nachdruck gegen

die, seines Erachtens allzu ausschließlich betonte Anschauung von der mechanischen Anregung und Steigerung der Milchsekretion durch den Saugakt des Kindes wendet.

Im Gegensatze zu diesen mechanischen oder passiven Momenten betont Verf. das Vorhandensein und die überwiegende Bedeutung aktiver Vorgänge in der stillenden Brust für die Frage der Milchsekretion. Es handle sich um eine reflektorische Erregung der Milchdrüse durch eine Reihe sensibler Nervenreize, welche zum größten Teil von der Brustwarze (sensibler reflektorischer Trinkreiz sensu strictiore) vermittelt werden, zum Teil aber auch von anderen Körperstellen, z. B. von den Genitalien oder auch vom Gehirn. Im letzteren Falle handle es sich um rein psychische Reize. Unter dem Einflusse aller dieser sensiblen Reize werde die Brust zu vermehrter Milchbildung und Ausstoßung des Sekrets angeregt, genau wie alle anderen Drüsen infolge der verschiedenartigsten, adäquaten sensiblen Reize ihre Tätigkeit vermehren. Speziell zwischen den Funktionen der „erektilen" Sexualorgane und zwischen der Funktion der Milchdrüsen bestehe ein weitgehender Parallelismus. So hänge z. B. die männliche Potenz und Impotenz, genau wie das Stillvermögen und das Stillunvermögen, von den verschiedenartigsten, oft rein psychischen Reiz- und Hemmungsmomenten ab. Jedenfalls sei der anatomische Drüsenapparat dabei sehr oft ganz unbeteiligt und passiv. Koller sucht daher auch für seine Therapie der Stillunfähigkeit eine Angriffsfläche am nervösen Apparat der Brustdrüse.

Ist die Milchbildung eine geringe, so hilft am besten das Anlegen eines kräftig saugenden Kindes; aber nicht wegen dessen Saugkraft, sondern wegen des physiologischen sensiblen Reizes, den es an der Warze setzt. Dieser Reiz müsse je nach dem Kräftezustande der Stillenden dosiert werden. Jede Übermüdung, alles lange oder häufige Anlegen sei daher zu vermeiden. Eine solche Brust sei genau so zu behandeln wie gewisse Formen der männlichen Impotenz!

Handle es sich dagegen um eine Überfunktion der Milchdrüse (pralle, harte Brüste mit kleinen, schwer faßbaren Warzen) und um Sekretverhaltung, so erziele aktive Massage der Brust und namentlich der Warze in der Art des Melkgeschäftes sehr gute Erfolge. Auch dabei komme es nicht auf die mechanische (passive) Entleerung der Brust an, sondern auf sensible Reize durch Kneten, Streichen und Erigieren der Warze vor Anlegen des Kindes, wodurch die Wöchnerin in eine behagliche Stimmung „sexueller Natur" versetzt werde und die Milch leichter fließe.

In dieser individualisierenden Weise gelinge es auch in der Praxis, wenn auch nicht alle Wöchnerinnen, so doch die meisten zum anhaltenden Stillen zu bringen. Mit den gutgeleiteten Entbindungsanstalten und Säuglingsheimen, wo 96% bis 100% Stillende vorkämen, könne freilich die Praxis nie konkurrieren, schon deshalb nicht, weil in diesen stets trinkgewohnte, d. h. die Warzennerven

in virtuoser Weise anregende Kinder als Nothilfe zur Verfügung stünden, was in der Praxis fehle. Wieland (Basel).

J. Bernheim-Karrer. *Stillen und Stillunfähigkeit.* Bemerkungen zu der gleichnamigen Arbeit H. Kollers in Nr. 21 d. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. (Ibidem, Nr. 26, 1912.)

In seiner eingehenden Kritik der von Koller zugunsten einer aktiven und reflektorischen Milchsekretion vorgebrachten Argumente weist Bernheim zunächst darauf hin, daß das aktive Wesen der Milchsekretion bereits von Pfaundler im Sommerfeldschen Handbuche der Milchkunde eingehend gewürdigt worden sei: „Nicht der Säugling, sondern die Mutter entleert die Milch aus der Drüse," wofür unter anderem schon längst immer wieder der spontane Milchfluß geltend gemacht worden sei. Außer diesem reflektorisch, d. h. sensibel wirkenden aktiven Saug- oder Melkreiz, wie ihn auch Schein, Lesage, Thiemich, Finkelstein, Heubner u. a. betonen, komme aber doch auch das rein mechanische Moment der Entleerung der Brust als Stimulans für die Milchsekretion in Frage. Nach Helbich herrscht an der Warzenspitze ein negativer Druck. Cramer und Pfaundler haben den maximalen Saugdruck des Kindes direkt bestimmt. Mit Pfaundler sei daher an dem Nebeneinanderbestehen aktiver und passiver Vorgänge bei der physiologischen Milchsekretion unbedingt festzuhalten. Vor Überschätzung der aktiven, sensiblen Vorgänge warne der Tierversuch (Goltz, Basch), der im Prinzip völlige Unabhängigkeit der Milchsekretion von nervösen Einflüssen ergeben habe.

Der von Koller empfohlenen Schontherapie der Brüste bei Hypogolaktie hält Bernheim mit Recht die Angaben Budins, Marfans, Rietschels u. a. entgegen, die gerade durch recht häufiges Anlegen die darniederliegende Milchsekretion regelmäßig zu steigern vermochten; ein Vorgehen, das wohl jeder Kinderarzt oder Frauenarzt häufig in der Praxis zu verifizieren und nachzuahmen Gelegenheit hat.

Bei der seltenen, echten Sekretverhaltung (pralle Brust, kleine Warze) hat auch Bernheim von leichtem „Anmelken" im Sinne Kollers häufig Günstiges gesehen. Freilich wirke diese naheliegende Manipulation auf rein mechanische Weise, indem die übervolle Brust zuerst etwas entleert und die Warze besser faßbar gemacht werde, so daß das Kind tüchtig saugen könne. Der „behaglichen Erregung sexueller Natur" bedürfe es daher zur Erklärung nicht!

Zum Schlusse betont Bernheim, daß in praktischer Hinsicht rein äußere, in den sozialen Verhältnissen gelegene Faktoren, wie sie Heubner kürzlich in exakter Weise auch zahlenmäßig belegt habe (Berliner klin. Wochenschr., 1911), ungleich wichtiger für das gelegentliche Versagen der Milchsekretion sowie überhaupt für die Kenntnis des Stillvermögens seien als die von Koller namhaft gemachten „nervösen" Momente. Wieland (Basel).

A. v. Reuß. *Über die Bedeutung der Unterernährung in der ersten Lebenszeit.* (A. d. Univ.-Kinderklinik und d. I. Frauenklinik in Wien.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. IV, S. 499.)

Seine Ansichten faßt der Autor etwa folgendermaßen zusammen: Bei Beurteilung der Inanitionszustände während der Neugeborenenperiode muß man die Begriffe Unterernährung und Austrocknung unterscheiden. Bei entsprechender Flüssigkeitszufuhr ist während der ersten Woche auch bei sehr geringer Kalorienzufuhr ein klinisch normaler Verlauf möglich. Die Diagnose der Unterernährung und Exsikkation kann nicht aus dem Verlauf der Gewichtskurve und der Größe der Trinkmengen allein, sondern nur bei Berücksichtigung der klinischen Symptome gemacht werden.

Die Ursachen der Unterernährung liegen teils in Stillschwierigkeiten seitens des Kindes (saugschwache, trinkfaule, brustscheue Kinder), teils in solchen seitens der Mutter (schwer faßbare Warzen, schwergehende Brust, Hypogalaktie), teils in Kombinationen solcher Schwierigkeiten.

Mit Ausnahme der Fälle von Trinkschwäche, bei welchen eine Vermehrung der Mahlzeiten nicht zu umgehen ist, empfiehlt sich in allen Fällen, besonders in den ersten Tagen, das Festhalten an 5 bis 6 Mahlzeiten. Gegen die Exsikkation und Unterernährung geht man am besten in der Weise vor, daß man nach den Anlegeversuchen indifferente Flüssigkeit und womöglich abgepumpte Muttermilch nachfüttert.

In Fällen von wahrer Hypogalaktie ist in erster Linie für Flüssigkeitszufuhr zu sorgen. Das ideale Mittel zur Behebung der Unterernährung ist in solchen Fällen die Zufütterung kleiner Mengen von abgezogener Frauenmilch.

Wenn keine Frauenmilch zur Verfügung steht, kann man bei entsprechender Flüssigkeitszufuhr mit der Zufütterung von Kuhmilch bis in die 2. Woche warten, da während der Neugeborenenperiode selbst hohe Grade von Unterernährung schadlos vertragen werden. Bei transitorischem Fieber der Neugeborenen, welches spontan zu schwinden pflegt, ist Zufütterung von Flüssigkeit zu empfehlen, doch besteht keinerlei Indikation zur Zufütterung von Kuhmilch. Die von einigen Autoren beobachteten Symptome von exsudativer Diathese pflegen erst nach längerer Dauer der Unterernährung und nach Ablauf der Neugeborenenperiode manifest zu werden und sind dann durch Vermehrung der Nahrungsmengen leicht zu beheben. Zufütterung von Kuhmilch ist im allgemeinen erst dann zu empfehlen, wenn die Brustdrüsensekretion einigermaßen in Gang gekommen ist und so die Aussichten für ein erfolgreiches Allaitement mixte gegeben sind. Birk (Kiel).

Rott. *Zur Ernährungstechnik frühgeborener Säuglinge.* (A. d. Kais.-Aug.-Vict.-Haus, Charlottenburg.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. V, S. 134.)

Beobachtungen frühgeborener Kinder, bei deren Ernährung die Sondenfütterung eine entscheidende Rolle gespielt hat.

Bemerkenswert ist die Tatsache, daß in den meisten Fällen eine normale Gewichtszunahme erfolgte, sobald der Energiequotient die Zahl 100 ganz oder nahezu erreicht hatte. Auch die Angabe, daß gelegentlich Frühgeburten schon bei einer Kalorienzufuhr von 90 bis 100 Kalorien pro Kilogramm Körpergewicht einen durchaus befriedigenden Anwuchs aufweisen können, konnte der Verf. bestätigen. Birk (Kiel).

J. Cassel. *Erfahrungen mit Eiweißmilch.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LVIII, 4—6.)

Die Erfahrungen Cassels beziehen sich auf poliklinisches Material. Trotz einer noch wechselnden Technik und vielfach geringem und spätem Zusatze von Kohlehydraten waren die Erfolge sehr befriedigend. Besonders weist Cassel daraufhin, daß die Erfolge auch bei kürzerer Anwendungszeit, als von Finkelstein empfohlen war, in der Mehrzahl der Fälle gut sind, was auch mit Rücksicht auf die relativ großen Kosten der Eiweißmilch wichtig ist. Die Eiweißmilch wurde wenige Tage bis 4 Wochen verabreicht; in einzelnen Fällen, in denen die Ernährung mit Eiweißmilch bald abgebrochen wurde, mußte man allerdings ein zweites Mal darauf zurückgreifen. — Zahlreiche Kurven sind der Arbeit beigefügt.

Thorspecken (Bremen).

H. Kühl. *Kindernährmittel im Handel.* (Eine hygienische Studie.) (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LVIII, 4—6.)

Die Arbeit basiert auf Voraussetzungen, die von der Pädiatrie bereits als unhaltbar gekennzeichnet sind. Kühl hält nämlich daran fest, daß diejenigen Fabrikate zur Säuglingsernährung am geeignetsten sind, die sich im Verhältnisse der Nährstoffe und in ihrem Charakter der Muttermilch am meisten nähern. Aus diesem Grunde hält er auch die reinen Milchpräparate für besser als die Kindermehle. Kühl gerät aber mit seinen eigenen Angaben in Widerspruch, da er angibt, daß gerade die sehr abweichend zusammengesetzte Buttermilch besonders gute Erfolge erzielt hat.

Die Mehle hält Kühl noch aus einem andern Grunde für gefährlich, wenigstens in der Art, wie sie in den Handel kommen: er untersuchte den Keimgehalt derselben und fand, daß auch als sterilisiert bezeichnete Kindermehle durch verschiedene Pilze und Bakterien verunreinigt waren. — Klinische Erfahrungen, die schließlich wichtiger als Theorien sind, werden vom Verf. nur sehr spärlich berücksichtigt[1]). Thorspecken (Bremen).

Southworth. *The dextrines and maltose in infant feeding.* (Dextrine und Maltose bei Säuglingsernährung.) (Arch. of Ped., September, 1912.)

[1]) Allem Anschein nach hat die „wissenschaftliche" Arbeit wohl zunächst den Zweck, für die Milchzucker Reklame zu machen und sollte daher besser in unseren ernsthaften pädiatrischen Zeitschriften fehlen. D. Red.

Verf. erblickt keine Vorteile gegenüber dem Milchzucker und Rohrzucker bei normalen Kindern. Übrigens meint er, daß die guten Resultate, die der Maltose zugeschrieben werden, auf der Beimengung der schwerer gärbaren Dextrine beruht. Da die käuflichen Präparate in ihrer Zusammensetzung stark variieren, so wäre Nachprüfung mit konstanten und berechneten Verbindungen von Maltose und Dextrinen geboten. Wachenheim (New York).

George Schreiber. *Le lait sec ou lait en poudre.* (La Presse Méd., 1912, Nr. 77.)

Ein Übersichtsreferat, in welchem die Herstellung der Trockenmilch, ihre Zusammensetzung, die Vorteile gegenüber der natürlichen Milch, die Indikationen für ihre Verwendung und die Art der Anwendung in der Säuglingsernährung beschrieben werden. Von den Herstellungsmethoden erklärt Schreiber das Verfahren von Hatmaker für das beste. Die mit der Trockenmilch erhaltenen Resultate stellt der Autor für sehr günstig hin und sieht in der Verwendung der Trockenmilch einen großen Fortschritt. Die deutsche Literatur über denselben Gegenstand scheint ihm nicht bekannt zu sein.

A. Keller (Berlin).

Th. Ossinin. *Zur Frage über den Einfluß künstlicher Ernährung auf biologische Eigenschaften des Organismus in dessen frühem Alter.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LIX, H. 1/2.)

Ossinin bestätigt in mehreren Versuchsreihen an jungen Kaninchen die von Schkarin und Moll mitgeteilte Tatsache, daß die Präzipitinreaktion bei jungen Tieren erst nach mehreren (zirka 7) Wochen positiv ausfällt. Ein Vergleich zwischen natürlich ernährten und möglichst bald mit Kuhmilch ernährten Kaninchen zeigt, daß die Reaktion bei letzteren etwas später positiv wird als bei ersteren.

Thorspecken (Bremen).

P. Heim. *Die Rolle der Wärmestauung und Exsikkation bei der Intoxikation der Säuglinge.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LIX, H. 1/2.)

Heim verweist auf seine Versuche, die ergaben, daß dyspeptische Säuglinge auf Verabreichung konzentrierter Salzlösungen (per os) mit schweren Intoxikationserscheinungen reagieren. Tritt in diesen Fällen die Intoxikation bei Salzanhäufung ein, so sieht man dagegen bei der Cholera infantum, bei parenteralen Diarrhöen Intoxikationszustände bei (mit Wasserarmut verbundener) Salzarmut des Körpers eintreten. Heim stellt deshalb den Satz auf, daß der Intoxikationszustand zwar auf verschiedenem Weg entstehen kann, daß aber stets die Eintrocknung der Gewebe den gemeinsamen charakteristischen Vorgang bildet. Hierauf gründet er folgende Ansicht über die schädliche Wirkung der Sommerhitze:

„Einerseits ist der Umstand, daß die Milch im Sommer leichter verdirbt, anderseits, daß im Sommer mit stärker gesalzenen Nahrungsmitteln (Fleischkonserven) gröbere Diätfehler begangen werden können, die Ursache, daß Säuglingsdyspepsien im Sommer häufiger

vorkommen. Bei den dyspeptischen Kindern wirkt sodann die große Wärme der Umgebung derart, daß sie einerseits eine exzessive Temperatursteigerung hervorruft, die einen wahren Hitzschlag verursachen kann, anderseits entzieht sie dem wasserarmen Organismus des kranken Säuglings noch mehr Wasser und beschleunigt dadurch die Entwicklung der Exsikkation, die zur Intoxikation führt."

Thorspecken (Bremen).

Meyer. *Über den Wasserbedarf des Säuglings.* (A. d. Waisenhaus d. Stadt Berlin.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. V, S. 1.)

Die Untersuchung des Wasserbedarfes geschah in der Weise, daß die Säuglinge zuerst mit wasserarmer konzentrierter und gezuckerter Eiweißmilch ernährt wurden. Hierbei wurde abgewartet, bis ein Gewichtsstillstand beziehungsweise eine -abnahme eintrat, dann erst wurde destilliertes Wasser zugelegt bis zum erneuten Steigen des Körpergewichtes.

Das Verhalten der Kinder war dabei verschieden: einzelne nahmen von vornherein ab, so daß sofort Wasser zugelegt werden mußte; andere blieben auf dem Anfangsgewicht stehen und nahmen ebenfalls erst bei Wasserzusatz zu. Die dritten gediehen trotz der kleinen Flüssigkeitsmengen, nahmen wochenlang zu, um dann erst ein Bedürfnis nach gesteigerter Wasserzufuhr zu zeigen.

Die letzte Gruppe ist zweifellos die interessanteste: ein Kind zeigte 5 Wochen lang ohne Wasserzulage bei nur 360 g Eiweißmilch ein gutes Gedeihen (= + 800 g); ein zweites nahm 7 Wochen lang zu, ein drittes 6 Wochen lang und das 4. 8 Wochen lang. (Ob angesichts solcher Zunahmen bei minimalen Flüssigkeitsmengen die Angst vor der Wasserverarmung der Säuglingsorganismus wirklich in dem Maße berechtigt ist, wie es zurzeit in der Literatur hingestellt wird, dürfte doch wohl sehr in Frage zu ziehen sein. Ref.)

Interessanterweise waren bei solchen Kindern, die lange Zeit bei geringen Flüssigkeitsmengen gediehen waren, sofern sie dann zum Gewichtsstillstand kamen, relativ große Wassermengen notwendig, um neue Zunahme herbeizuführen, nämlich pro Kilogramm und Tag etwa 152 g (gegenüber 146 g bei eventueller Ernährung an der Brust).

Der 2. Teil der Arbeit bringt entsprechende Stoffwechseluntersuchungen:

Wird dem Körper wenig Wasser angeboten, so schränkt er seine Ausgaben erheblich ein. Während unter normalen Verhältnissen an 60% des aufgenommenen Wassers durch die Nieren wieder abgegeben werden, sinkt bei herabgesetzter Wasserzufuhr die Nierensekretion auf 42%, ja, bis auf 16% des zugeführten Wassers. Auch die Perspiration sinkt, von zirka 232 in 24 Stunden auf 200 und darunter. Bei Steigerung des Nahrungswassers stellen sich die normalen Verhältnisse wieder her. Bei beträchtlicher Zulage von Wasser erhöht sich die Diurese und führt zu einer Ausschwemmung von Stickstoff. Mit letzterer einher ging in einigen Fällen auch eine erhöhte Abgabe von Mineralsubstanzen. Doch handelt es sich

bei dem letzten Phänomen um keine eindeutige Erscheinung. Die Abgabe der Salze blieb zum Beispiel da aus, wo die Diurese keinen sehr hohen Grad erreichte. Es kam hier sogar zur Verbesserung der Mineralstoffbilanz.

Deshalb ist wahrscheinlich die verschlechterte Mineralretention bei gleichzeitiger starker Wasserzufuhr immer nur ein vorübergehender Zustand, der sehr bald dem gegenteiligen Verhalten Platz macht. Birk (Kiel).

Richard Kapferer. *Nahrungsentziehung als Therapie bei akuten fieberhaften Infektionskrankheiten im Kindesalter.* (Untersuchungen an dem Material des Krankenhauses zu Bremen unter Leitung von Schelble.) (Zeitschr. f. physik. u. diät. Ther., 1912, Bd. 16, S. 672.)

Es wurde 18 Kindern, solange sie im Fieber lagen, die Nahrung teils ganz vorenthalten, teils eingeschränkt, und zwar nicht nur 1, 2, 3 Tage lang, sondern einige Male 8, 9 und in einem Falle bis zu 10 Tagen. Therapeutisch wurde sonst nichts getan, nicht einmal hydrotherapeutische Maßnahmen wurden vorgenommen. Bezüglich des Getränkes wurde keinerlei Einschränkung gemacht. Von den Kindern, an denen die Beobachtungen ausgeführt wurden, hatten 9 lobäre Pneumonie, 2 Erysipel, 3 febrile Bronchitis, 3 akute febrile Ernährungsstörungen und 1 Varizellen.

Die an den 18 Fällen gewonnenen Beobachtungen widerlegen nach Ansicht des Autors alle theoretischen Bedenken: es trat keine Entkräftung ein; nach Einleitung der Kur war als erstes Zeichen einer offenbar günstigen Beeinflussung des Krankheitsprozesses eine große Veränderung im Allgemeinbefinden zu bemerken; die anfängliche Befürchtung, das Gewicht werde bei Nahrungsenthaltung und gleichzeitigem Fieber rapid und stark abfallen, erfüllte sich keineswegs. Die Abnahmen sind verhältnismäßig gering, niemals konnte ein eigentlicher Gewichtssturz festgestellt werden. Ob die Entziehungskur auf die Höhe und Dauer des Fiebers einen Einfluß hat, ist nicht zu entscheiden. Zum Schluß wird hervorgehoben, daß es sich bei den Versuchen nicht um ein eigentliches Hungern handelt, sondern um eine kurzfristige, von den Patienten gewollte, therapeutische Nahrungsentziehung, solange Fieber und Appetitlosigkeit währen. A. Keller (Berlin).

L. Tobler. *Zum Chemismus des Säuglingsmagens.* (Bemerkungen zu den Arbeiten von H. Davidsohn und B. Salge über denselben Gegenstand.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. V, S. 85.

H. Davidsohn. *Zum Chemismus des Säuglingsmagens.* (A. d. biol. Labor. d. städt. Krankenhauses Am Urban in Berlin.) (Ebenda, S. 94.)

B. Salge. *Salzsäure im Säuglingsmagen.* (Eine Entgegnung auf Toblers vorstehende Bemerkungen.) (Ebenda, S. 111.)

Von Davidsohn und Salge war in 2 in der gleichen Zeitschrift veröffentlichten Arbeiten die Behauptung aufgestellt worden, daß die Pepsinverdauung im Magen des normalen Säuglings eine

praktische Bedeutung nicht besitze. Gegen diese Behauptung richtet sich der Aufsatz Toblers. (Vergleiche die Diskussion in Münster. Diese Monatsschrift, S. 390.)

Er weist zuerst auf die Fehlerquelle hin, die in den Experimenten der beiden anderen Autoren durch den Gebrauch der Magensonde geschaffen werde. Hebert man den Magen aus, so entgeht eine nicht zu vernachlässigende Menge des Mageninhaltes der Untersuchung. Denn einmal ist es unmöglich, den Magen restlos auszuhebern und zum andern hat ein großer Teil der Nahrung den Magen bereits vor der Ausheberung wieder durch den Pylorus verlassen.

Aber auch das durch die Sonde gewonnene Material gibt nach Ansicht des Autors keinen genauen Aufschluß über die tatsächliche Zusammensetzung des Mageninhaltes. Im Magen sondert sich der Inhalt in 2 unterschiedliche Hälften: in einen zentralen Kern und eine Randzone. Im Bereich der letzteren vollzieht sich die Verdauung. Sie unterliegt der Einwirkung des Magensekretes, wird sukzessive verflüssigt und gelöst und das Verdauungsprodukt durch seichte Kontraktionen der Muskulatur entlang zum Pylorus geleitet. Im Antrum des Pylorus kommt es dann zur Durchmischung mit der Säure und zur Abgabe in den Darm. Im eigentlichen Fundus des Magens hingegen findet keine Durchmischung statt. Hebert man dagegen den Magen aus, so kommt es durch den Akt der Ausheberung zur Durchmischung und damit zu ganz anderen Verhältnissen als beim physiologischen Verlauf der Verdauung: es mengen sich die randständigen sauren Partien mit den neutralen oder schwachsauren des Zentrums und es ist klar, daß in diesem Gemisch sich eine geringere H-Ionenkonzentration finden muß als unter normalen Verhältnissen.

Tobler führt sodann einige Verdauungsversuche an, aus denen hervorgeht, daß eine Pepsinverdauung im Magen des Säuglings sehr wohl vor sich geht, und bringt — in Erweiterung seiner bekannten früheren Experimente mit gefrorenen Tiermägen — noch einige neue derartige Versuche: er verfütterte an Katzen Milch, die mit Kongo oder Tropäolin gefärbt war, also mit Indikatoren, deren Umschlag bei einem Säuregrad liegt, wie ihn die Pepsinverdauung erfordert. Es sollte dadurch bewiesen werden, daß die saure Randzone die zur Pepsinverdauung benötigte H-Ionenkonzentration besitze. Auf Gefrierschnitten der Mägen zeigte sich, daß die Randschichten und der Inhalt des Antrum pylori in Blau beziehungsweise Orange umgeschlagen waren, während das Zentrum des Mageninhaltes auf dem Schnitt rot beziehungsweise gelb gefärbt blieb.

Man muß zugeben, daß sowohl die Gründe wie auch die Experimente Toblers recht einleuchtend sind, und muß ihm auch darin recht geben, daß es vorläufig noch ratsam erscheint, „gutbegründete Tatsachen der allgemeinen Physiologie, wie die Pepsinverdauung im Magen nicht auf Grund einiger klinischer Versuche mit notwendigerweise mangelhafter Methodik in Zweifel zu ziehen".

Davidsohn übt in seiner Entgegnung Kritik an den Verdauungsversuchen Toblers, denen er keine Beweiskraft hinsichtlich der Frage, ob im Magen eine peptische Verdauung stattfindet, zumessen

kann, während Salge vor allem an der Behauptung festhält, daß im Magen des Brustkindes doch eine mehr oder minder starke Durchmischung stattfinde, so daß nach 2 Stunden die Salzsäure gleichmäßig auf den Mageninhalt verteilt sei. Wenn man um diese Zeit untersucht, erhält man seiner Ansicht nach ein Bild von der H-Ionenkonzentration und kann daraus auf die schwächere oder stärkere Intensität der Pepsinwirkung schließen; dieselbe ist jedoch so gering, daß man von einer nennenswerten peptischen Verdauung nicht sprechen kann. Toblers Experimente lehnt er als mit den beim menschlichen Säugling vorliegenden Verhältnissen nicht vergleichbar ab. (Vergl. Diskussion zum Vortrag Noeggerath in Münster. Diese Monatsschr. 1912, S. 390.) Birk (Kiel).

K. Kassowitz. *Versuch einer Sensibilisierung gegen Kuhmilchkasein auf enteralem Wege.* (A. d. Kais.-Aug.-Vict.-Haus Charlottenburg.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. V, S. 75.)

Hunde, die mittels Podophyllin enteritisch gemacht waren, reagierten auf eine Injektion von 2 cm^3 $^1/_2$%iger Kaseinlösung mit deutlichen Symptomen einer allgemeinen Überempfindlichkeit.

Bei Tieren, die nicht enteritisch gewesen waren, blieb die gleiche Reaktion auf injiziertes Kasein aus. Birk (Kiel).

A. Schloßmann. *Atrophie und respiratorischer Stoffwechsel.* (A. d. Kinderklinik d. Akad. in Düsseldorf.) Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. V, S. 227.)

Der Aufsatz ist Kassowitz zu Ehren geschrieben und nimmt zu einer Frage Stellung, in der Kassowitz' Anschauungen mit der sonst üblichen Lehrmeinung im Widerspruch stehen, nämlich zu der Frage der Abhängigkeit der Stoffzersetzung.

Kassowitz' Standpunkt geht aus folgendem Satz hervor: „Kleine Tiere unterhalten nicht deshalb auf die Gewichtseinheit mehr Oxydationen als die größeren, weil sie infolge ihrer relativ größeren Oberfläche mehr Wärme verlieren als diese, sondern aus dem Grunde, weil ihre alternierenden Bewegungen, deren spätere Phasen immer auf reflektorischem Wege durch die früheren ausgelöst werden, wegen der kürzeren Nervenbahnen rascher aufeinander folgen und daher auch in der Zeiteinheit häufiger ausgeführt werden."

Schloßmann berichtet nun hier über Experimente, die die Unrichtigkeit der Kassowitzschen Anschauung darlegen und anderseits demonstrieren sollen, daß die Stoffzersetzung von dem Verhältnis der Oberfläche zur Körpermasse abhängig ist. Er stellte eine Reihe von Gasstoffwechselversuchen bei atrophischen Kindern an, also bei Kindern, bei denen die Hautoberfläche im Verhältnis zur Körpermasse zu groß ist. Als Vergleichsmaß wählte er den „Grundumsatz", worunter er den O-Verbrauch und die CO_2-Produktion der hungernden, ruhenden Kinder versteht.

Unter normalen Verhältnissen produziert ein Kind im Grundumsatz zirka 12 g CO_2 und verbraucht zirka 11 g O pro Quadratmeter Oberfläche. Der Stoffumsatz des Atrophikers dagegen lag

durchgehends über der Norm. Daraus folgert der Autor, daß nicht die Kassowitzsche Anschauung die richtige ist, sondern die Rubnersche, die besagt, daß die Größe des Stoffumsatzes abhängig sei von der Größe der Körperoberfläche. Birk (Kiel).

H. Wolff. *Untersuchungen über den Einfluß des Kalziums auf die Knorpelquellung.* (A. d. Kinderklinik in Freiburg.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. V, S. 41.)

Von Krasnogorsky war vor einiger Zeit behauptet worden, daß die klinisch als Epiphysenschwellungen usw. imponierenden Knorpelverdickungen bei rachitischen Kindern nichts als Quellungszustände infolge Kalkarmut des Gewebes seien. Gegen diese Behauptung nimmt der Verf. in der vorliegenden Arbeit Stellung. Er weist zunächst daraufhin, daß Krasnogorsky bei seinen Experimenten Differenzen gesetzt habe, wie sie für den Organismus nie in Betracht kommen könnten. Er habe ferner die Versuchsbedingungen umgedreht, indem er nicht mit kalkarmen Knorpeln, sondern mit kalkarmen Lösungen gearbeitet habe. Auch die Technik der Versuche sei eine ungenaue usw.

Eine Nachprüfung der Experimente mit der gleichen Technik ließ übrigens auch die von Krasnogorsky gefundene Gesetzmäßigkeit der Quellung des Knorpels durchaus vermissen. Die Annahme, daß es sich um eine die endosmotische Wasseraufnahme hemmende Kalziumwirkung handle, besteht ebenfalls nicht zu Recht. Vielmehr machte es die Untersuchung der elektrischen Leitfähigkeit von NaCl- oder CaCl-Lösungen, in denen fein zerteilter Knorpel gelegen hatte, vor und nach der Knorpelquellung wahrscheinlich, daß die Knorpelquellung auf einer einfachen Imbibition mit den Salzlösungen beruhe. Birk (Kiel).

Bahrdt und **Bamberg.** *Tierversuche über die Wirkung geringer Dosen flüssiger Fettsäuren auf die Ausscheidung von Stickstoff, Asche und Kalk durch den Darm.* (A. d. Kais.-Aug.-Vict.-Haus Charlottenburg.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. IV, S. 534.)

Essigsäurezusatz zur Nahrung in einer Menge von 0·2 pro Kilogramm führt (beim Tier) eine geringe, aber doch deutliche hemmende Wirkung auf die Ausscheidung von N, Gesamtasche und Kalk herbei. Birk (Kiel).

Klinik der Kinderkrankheiten.

G. Schreiber. *Les diathèses infantiles.* (Arch. de Méd. des enfants Bd. XV, 6.)

Schreiber tritt in dieser summarisch abgefaßten Kritik für den Combyschen Arthritismus ein. Den Lymphatismus faßt er als Unterart desselben auf, bei der der lymphatische Symptomenkomplex

im Vordergrunde steht, die Skrofulose als modifizierte Erscheinungsform des Arthritismus bei tuberkulöser Infektion des Kindes.

Daß Czernys viel schärfer umrissene exsudative Diathese nicht einen mutilierten Arthritismus bedeutet, sondern einen viel besser und tiefer fundierten Begriff darstellt, vermag Schreiber nicht einzusehen. Daran mag zum Teil der Umstand schuld sein, daß er gar nicht Czernys Originalarbeiten gelesen, sondern sich darauf beschränkt hat, die exsudative Diathese aus den Referaten anderer Autoren kennen zu lernen. Andere französische Autoren, wie Lesage, sind bereits zu einer besseren Würdigung der exsudativen Diathese gelangt. Thorspecken (Bremen).

Karl Beck. *Die Beteiligung der Schleimhaut des Urogenitalapparates am Symptomenkomplex der exsudativen Diathese.* (Monatschr. f. Kinderheilk., 1913, Heft. 10.)

Verf. hat die Urine von 40 männlichen Patienten aus dem Frankfurter Kinderheim im Alter von 4 Wochen bis $2^3/_4$ Jahren, die Erscheinungen der exsudativen Diathese zeigten, mikroskopisch untersucht und bei 66% im Sedimente reichliche Formelemente (Plattenepithelien, runde und geschwänzte Epithelien, Leukozyten) gefunden. Am interessantesten sind die Fälle, die keinerlei Symptome der exsudativen Diathese hatten und die mikroskopischen Befunde im Harne nachweisen ließen. Wir müssen annehmen, daß der Desquamationsprozeß der Schleimhaut des Urogenitalapparates manchmal das einzige Symptom der Diathese sein kann. (Autoreferat.)

H. Abels. *Zur Pathogenesis der Mikromelie.* (A. d. Frauenhospiz in Wien.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. V, S. 175.)

Der in diesem Aufsatz mitgeteilte Fall von Mikromelie ist in seiner Art einzig, weil er der erste Fall ist, der bereits bei der Geburt diagnostiziert wurde. Das Kind war lebensfähig, wog bei der Geburt 3170 g, gedieh an der Brust zunächst gut, ging dann aber im Alter von 8 Wochen bei künstlicher Ernährung zugrunde. Birk (Kiel).

Lowenburg. *The hypodermic use of hematinics in the treatment of anemia in children.* (Die subkutane Anwendung von Blutbildungsmedikamenten bei der Anämie der Kinder.) (Americ. Journ. Dis. Children, September, 1912.)

Verf. wendet Ferr. citric., Natr. cacodylic. und Natr. glycerophosphoric. angeblich mit besonders günstigem Erfolge an.

Wachenheim (New York).

Paul Lequeux. *Lésions oculaires chez le nouveau-né.* (Arch. mens. d'Obstétr. et de Gyn., 1912, p. 167.)

Nach einer Übersicht über die Literatur berichtet Verf. über seine eigenen Untersuchungen an 151 Kindern, bei denen er innerhalb der ersten 24 Stunden in den Pariser geburtshilflichen Anstalten den genauen Augenbefund aufnehmen konnte. Besonders berücksichtigt wurden die Lähmungen, die Läsionen der Kornea und der

Retina. Unter den Läsionen der Kornea ist am häufigsten jene Opalinität, die bald als traumatische Keratitis, bald als profunde Keratitis bezeichnet wird. Unter den 6 Fällen des Verf. waren 5 von transitorischer Erkrankung, in einem Falle jedoch fand sich ein Leukom. In der Retina fanden sich in 15 von 151 Fällen noch drei Monate nach der Entbindung Blutungen. Als Ursache dieser Blutungen kommt nicht eine direkte Kontusion, sondern eine intrakranielle Drucksteigerung infolge venöser Stauung in Betracht.

A. Keller (Berlin).

Robinson, G. Cauby und **George Draper.** *Die Wirkung der Vagusreizung auf das Herz bei Kindern mit chronischen Klappenfehlern.* (Journ. exper. Med., Bd. XV., 14—37.)

An verschiedenen Kindern mit Herzklappenfehlern wurden elektrokardiographische und Pulskurven geschrieben und der Vagus durch Druck gereizt. Dabei ergab sich in einigen Fällen eine verschiedene Wirksamkeit des rechten und linken Vagus. Der rechte Vagus beeinflußte überwiegend die Frequenz der Herzaktion, der linke die Fortleitung der Reize von den Vorhöfen zu den Kammern. Die verschiedene Wirksamkeit der beiden Vagi hängt wahrscheinlich mit ihrer verschiedenen anatomischen Ausbreitung zusammen. Jeder der beiden Nerven übt aber bis zu einem gewissen Grade auch die Funktion aus, die beim andern vorherrscht. Reizung des rechten Vagus führte zuweilen zu einer vollkommenen Dissoziation von Vorhöfen und Ventrikeln. Der unabhängige Rhythmus der Ventrikel ging zuweilen von der Gegend des Tawaraschen Bündels aus, in anderen Fällen aber muß er von anderen Gegenden des Ventrikels ausgegangen sein, wobei die Kurve des Elektrokardiographen abnorme Gestalt annahm. Die Kurven der Fälle mit Dissoziation zeigen eine sehr weitgehende Übereinstimmung mit solchen, wie sie die Verff. nach Reizung des rechten Vagus und linken Accelerans beim Hunde erhalten hatten. Sie vermuteten deshalb, daß auch in ihren klinischen Fällen ein abnorm gesteigerter Tonus des Accelerans im Spiel war.

H. Vogt.

Wilhelm Schlieps. *Über pseudokardiale und kardiale Geräusche im Kindesalter ohne pathologische Bedeutung.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVI, 247—282.)

Verf. gibt unter eingehender kritischer Würdigung der Literatur eine ausführliche Darstellung der Herzgeräusche im Kindesalter, die nicht auf organische Erkrankung zurückzuführen sind. Dabei kann er sich auf zahlreiche sorgfältig untersuchte eigene Fälle stützen. Unter 273 Kindern, bei denen nach Herzgeräuschen der erwähnten Art gefahndet wurde, waren 100, die ein systolisches Geräusch aufwiesen. Er teilt die Herzgeräusche akzidentellen Charakters in 2 große Gruppen ein, die kardiopulmonalen und die atonischen Geräusche. Die kardiopulmonalen Geräusche, die von Potain zutreffend beschrieben wurden, haben ihre größte Intensität zuweilen im 2. linken Interkostalraum und sind dann auch an der Herzspitze zu hören,

in andern Fällen findet man sie nur an der Herzspitze, selten nur an der Auskultationsstelle der Pulmonalis. Eine Veränderung des Geräusches bei Lagewechsel betrachtet Verf. als unfehlbares differentialdiagnostisches Moment gegenüber den auf Klappenfehlern beruhenden Geräuschen. Die anatomischen Geräusche findet man durchgehends bei blassen, mageren und muskelschwachen Kindern, bei Mädchen häufiger als bei Knaben. Diese Geräusche sind am intensivsten über der Herzspitze selbst, daneben aber auch fortgeleitet zu hören. Psychische Erregung kann sie vorübergehend zum Verschwinden bringen. Zweifelhaft erscheint mir, ob es berechtigt ist, wie Verf. vorschlägt, den Ausdruck „anämische Geräusche" ganz fallen zu lassen. Sicher soll man nicht jedes akzidentelle Geräusch bei einem blassen Kinde als anämisches Geräusch bezeichnen. Anderseits kann man aber doch nicht bestreiten, daß bei Fällen von ausgeprägter Anämie verhältnismäßig häufig Geräusche auftreten, die sich von den kardiopulmonalen und atonischen Geräuschen unterscheiden.

H. Vogt.

Adolf F. Hecht. *Die Unterscheidung des funktionellen und des organischen Herzblockes.* (A. d. Kinderklinik in Wien.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. IV, S. 546.)

Bei dem klinischen Befund eines Herzblockes ist es von Wichtigkeit, festzustellen, ob es sich um einen funktionellen oder einen organischen handelt. Bei dem letzten handelt es sich um eine anatomische Läsion des Hisschen Bündels und damit um einen irreparablen Zustand. Einen solchen Fall beobachtete der Verf. bei einem 3jährigen Kind mit Diphtherie und einer auffallenden Bradykardie. Unter dem Einfluß des Atropins blieb der Herzrhythmus im wesentlichen unbeeinflußt, auch nach 4 Monaten war keine Änderung eingetreten.

In einem andern Falle — bei einem 3jährigen Kind mit Masern — bestand ebenfalls Bradykardie. Die elektrokardiographische Untersuchung ergab denselben Befund wie im vorigen Fall. Auf eine Atropingabe hin aber stieg die Pulsfrequenz auf 120 pro Minute, die Reizleitungsstörung verschwand also fast vollkommen. 8 Tage später hörte die Bradykardie spontan auf, es handelte sich also offenbar um einen funktionellen Herzblock, wie er sich im Experiment durch Vagusreizung erzielen läßt.

Die beiden Fälle demonstrieren nicht bloß das Vorkommen der beiden genannten Störungen, sondern auch den Nutzen elektrokardiographischer Untersuchungen. Birk (Kiel).

H. Lehndorff. *Bronchitis chloromatosa.* (Eine bisher nicht beschriebene Lokalisation des Chloroms.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. V, S. 201.)

„Das Chlorom... ist den Leukämien nahestehend und ist wie diese eine Primärerkrankung des blutbereitenden Parenchyms, eine generalisierte Systemaffektion des lymphatisch-hämatopoetischen Apparates, charakterisiert durch besondere Tendenz zu malignem

Wachstum und heterotopen Lokalisationen seiner grüngefärbten Wucherungen."

Den etwa 80 bekannten Fällen von Chlorom fügt der Autor 2 neue hinzu, die sich durch ihre auffallende Lokalisation auszeichnen. Der erste betrifft einen 4jährigen Knaben, der 2. einen 19jährigen Mann. In beiden Fällen fand sich — außer vielen sonstigen chloromatösen Herden im Körper — bei der Sektion der Lungen auf der Schnittfläche derselben grasgrüner fadenziehender Schleim, der sich aus den Bronchien herausdrücken ließ.

Die Arbeit enthält außerdem noch zahlreiche anatomische und klinische Angaben über dieses seltene Krankheitsbild.

Birk (Kiel).

L. Beco. *La pathogénie et le traitement de la pneumonie franche.* (Scalpel 19. Novembre 1911.)

Verf. betrachtet die lobäre Pneumonie als einen autogenen Prozeß; die Pneumokokken, die in Mundhöhle und Pharynx häufig zu finden sind, steigen unter dem Einflusse besonderer Bedingungen in die tieferen Respirationswege herunter und rufen dort eine Pneumonie hervor. Auf Grund von bakteriellen Blutuntersuchungen kommt der Verf. zu folgenden Schlüssen: Bei der reinen Pneumonie, welche zur Heilung kommt, besteht niemals eine wirkliche Pneumokokkie, d. h. eine Vermehrung der Krankheitskeime im Blute und in den Organen. Bei den tödlichen Formen kann die Pneumokokkie bestehen, aber sie ist nicht konstant; sie ist in jedem Falle sekundär und tritt erst in den letzten Tagen auf. In einem oder dem andern Falle kann man manchmal die Gegenwart von Pneumokokken im Blute beobachten. Es handelt sich um passiven Transport der Krankheitskeime durch die Zirkulation; aber diese Feststellung hat keine Bedeutung. Verf. zeigt sich skeptisch gegenüber verschiedenen Medikamenten und leugnet eine spezifische Behandlung; er selbst hat drei Behandlungsmethoden, denen man eine spezifische Wirkung zuschreibt, versucht: Antipneumonieserum, Antipneumonieimmunisin und Elektrargol. Keines hatte Erfolg.

Philips (Antwerpen).

A. Delhaye. *Pneumonie franche et Electrargol. Étude de l'action des injections intraveineuses de l'électrargol.* (Ann. soc. med. Anvers Décembre 1911.)

Elektrargol ruft Leukozytose mit Vorherrschen der polynukleären neutrophilen Zellen hervor, steigert die agglutinären Fähigkeiten des Blutes und den opsonischen Index. Daraus läßt sich ein günstiger Einfluß auf die Pneumonie erklären.

Philips (Antwerpen).

C. T. Noeggerath. *Beitrag zur Empyembehandlung im Säuglingsalter.* (Char.-Ann., 1912, Bd. XXXVI, S. 105.)

Es gelang dem Verf., bei einem 10 Monate alten Kind ein Streptokokkenempyem zur Heilung zu bringen. Die Behandlung bestand

in wiederholten Pleurapunktionen. Der Fall bestätigt also die auch anderwärts gemachten Erfahrungen, daß die Punktion der Thorakotomie vorzuziehen ist. R. Weigert (Breslau).

H. Rautmann. *Über Blutbildung bei fötaler allgemeiner Wassersucht.* (Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol., LIV, 1912, S. 332.)

Eine an Nephritis leidende Mutter gebar ein 2530 g schweres totes Kind mit mächtigem Aszites und universellem Ödem. Auch in diesem Falle finden sich in allen Organen Blutbildungsherde. Verf. glaubt, daß es sich nicht um eine reparatorische, sondern um eine pathologische Wucherung des erythroblastischen Gewebes handelt; daneben treten die Leukozyten ganz in den Hintergrund. Es kann also nicht fötale Leukämie vorliegen. Lehndorff (Wien).

Walther Fischer. *Zur Kenntnis der angeborenen allgemeinen Wassersucht.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 51, S. 2403.)

Von Schridde, Loth, Rautmann u. a. liegen genaue Untersuchungen über fötalen Hydrops vor. Fischer hat selbst bereits früher zwei derartige Fälle untersucht und mitgeteilt (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 9) und berichtet wiederum über zwei weitere Fälle, deren Befunde im großen und ganzen mit denen der früher beschriebenen Fälle übereinstimmen. Besonders erwähnt wird die Anwesenheit eines eigenartigen Pigmentes in der Niere, wie es allerdings auch von Schridde schon beobachtet ist. Bezüglich der Ätiologie der Prozesse zeigen auch die beiden neuen Fälle, daß Lues dafür sicher nicht in Betracht kommt.

A. Keller (Berlin).

O. Heubner. *Ungewöhnliche Besserung eines an schwerer chronischer parenchymatöser Nephritis leidenden Mädchens.* (Char.-Ann., 1912, Bd. XXXVI, S. 99.)

Bei einem 11jährigen Mädchen, bei dem sich ohne eine vorausgegangene Erkrankung eine chronische parenchymatöse Nierenentzündung entwickelt hatte, schien nach einem 6 Monate dauernden Aufenthalte im Krankenhaus eine klinische Heilung eingetreten zu sein, aber nach einem weiteren halben Jahr stellten sich wieder neue Zeichen der Erkrankung ein. R. Weigert (Breslau).

Hugo Nothmann. *Zur „diätetischen" Behandlung der eitrigen Erkrankungen der Harnwege im Säuglingsalter.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, S. 1848.)

Aus den Berichten über die Alkalitherapie (Thomson, Klotz usw.) resultiert die Tatsache, daß man durch Darreichung größerer Mengen von Alkalien bis zur deutlichen alkalischen Reaktion des Harnes bei Säuglingen eine günstige Beeinflussung eitriger, mit sauerer Reaktion einhergehender Erkrankungen der Harnwege erzielen kann. Diese Erfahrungen kann Nothmann durch eigene Beobachtungen mit Natrium bicarbonicum oder Kalium citricum bestätigen. Eine Art „Alkalitherapie" ist in der Praxis seit langem

Brauch, nämlich die Verordnung alkalischer Wasser (Vichy, Wildunger usw.). Besonders beachtenswert und praktisch erfolgreich erscheint dem Verf. eine diätetische Anwendung dieser bewährten Alkalitherapie. In einigen Fällen subkutaner Eiterung der Harnwege beobachtete Nothmann, daß bei einem mit Rücksicht auf den Ernährungszustand gebotenen Übergang auf Malzsuppe eine erhebliche Besserung des Krankheitsprozesses eintritt: der Urin reagierte stark alkalisch. In der Verwendung Kellerscher Malzsuppe sieht also der Verf. eine theoretisch gut begründete und praktisch bewährte, antipyelitische Alkalitherapie, die er den Praktikern für geeignete Fälle empfiehlt. Für „geeignete" Fälle sieht er allerdings im wesentlichen die an, bei denen der Zustand der Ernährungsfunktion an sich Malzsuppe erfordert oder zum mindesten nicht verbietet.

A. Keller (Berlin).

N. Krasnogorsky (St. Petersburg). *Über die Herkunft des Harneiweißes bei Albuminurien der Säuglinge.* (A. d. Kinderklinik in München.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. IV, S. 526.)

Gegenstand der Untersuchungen war die Frage, ob bei den Albuminurien der Säuglinge im Verlauf von Toxikosen artfremdes Eiweiß in den Harn übergehen kann.

Die Untersuchungen geschahen in 20 Fällen und wurden vermittels der Präzipitin- und der Komplementablenkungsmethode vorgenommen.

Es ergab sich, daß das ausgeschiedene Eiweiß ausschließlich arteigenes menschliches Eiweiß war und keinerlei aus der Nahrung stammende Komponenten enthielt.

Birk (Kiel).

V. Hutinel et **P. Harvier.** *Dystrophie ostéomusculaire avec nanisme (Rachitisme tardif, Amyotrophie et impotence musculaire, obésité et retard des fonctions génitales).* (Arch. de Méd. des enfants, XV, 6.)

Die Autoren halten sich für berechtigt, aus der Gruppe dystrophischer Zustände und Entwicklungsstörungen einen gut charakterisierten Typus abzusondern. Zwei früher schon mitgeteilte Beobachtungen Hutinels und eine neue sowie 3 Fälle Variots bilden das Material.

Die gemeinsamen Charaktere sind folgende: Meist im höheren Kindesalter respektive in der Pubertät, in einigen Fällen auch schon früher, zeigt sich eine Wachstumsstörung, die zu einem nennenswerten Grade von Nanismus führt. Dazu treten Knochenveränderungen, die denen bei Spätrachitis gleichen: Genu valgum, Epiphysenverdickungen, Verbiegungen der Diaphysen, Rosenkranz. Das Kopfskelett bleibt frei. Das hervorstechendste Symptom ist aber eine Muskelschwäche, die in einigen der Fälle hohe Grade — bis zum Verluste der Gehfähigkeit — erreichte und obere und untere Extremitäten betraf. Sie ist nicht die Folge der Knochenveränderungen, sondern diesen koordiniert. Die elektrische Erregbarkeit der Muskeln zeigte sich etwas erhöht, im übrigen nicht verändert.

Weniger konstant ist eine mehr oder weniger ausgesprochene Adipositas. Bei den älteren Kindern trat die geschlechtliche Entwicklung verzögert ein.

Bei einigen der Kinder trat Heilung ein, bei anderen steht die Wiederherstellung noch in Frage.

Möglicherweise liegt dem Syndrom eine Funktionsstörung der Hypophyse zugrunde. Thorspecken (Bremen).

Snyder. *Pellagra in children.* (Pellagra bei Kindern.) (Americ. Journ. Dis. Children, September, 1912.)

Vorläufiger Bericht zumeist statistischen Inhaltes. Bemerkenswert ist ein Fall bei einem zweimonatigen Kinde, das von einer pellagrösen Mutter gestillt wurde; einige andere Fälle waren in derselben Richtung stark verdächtig, daß Verf. fürs erste so den Satz aufstellen möchte, daß das Stillen pellagrösen Frauen verboten sein dürfte. Verf. ist geneigt, die Maistheorie anzunehmen.

Wachenheim (New York).

Andrews. *Infantile beriberi.* (Philippine Journ. of Science, April, 1912.)

Verf. schreibt die hohe Säuglingssterblichkeit in Manila großenteils der Beriberi zu. Merkwürdig ist dabei das häufige Auftreten bei stillenden Kindern, so daß man Fehlen gewisser notwendiger Nährstoffe in der Muttermilch als Ursache vermuten möchte. Dieser Umstand ist in bezug auf die allgemeine Ätiologie der Krankheit nicht ohne Interesse. Wachenheim (New York).

Lucas. *Neurology of child: mortality and proportion of backward children in cases of congenital syphilis subsequent to hospital treatment.* (Sterblichkeit und Zurückbleiben der kongenital luetischen Kinder nach Hospitalbehandlung.) (Boston Med. and Surg. Journ., 29. August 1912.)

Trotz früher Hospitalbehandlung ist die eventuelle Prognose bei längerer Beobachtung syphilitischer Kinder nicht günstig in bezug auf Langlebigkeit und Ausbildung geistiger Defekte. Es ist entschieden Nachbehandlung nach Verlassen des Hospitals geboten, diese scheint gegenwärtig bloß vereinzelt stattzufinden.

Wachenheim (New York).

R. Daunay. *Remarques sur les résultats obtenus avec la réaction de Wassermann chez la femme enceinte en état de syphilis floride ou accouchante de foetus syphilitiques, et chez l'enfant en état de syphilis floride ou issu d'une mère syphilitique.* (Arch. mens. d'obst. et de gyn., 1912, XVII, p. 320.)

Fortsetzung der früher mit Bar zusammen ausgeführten Untersuchungen (siehe Referat in der Monatschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, 1909, S. 544). Auch die gegenwärtigen Beobachtungen stammen aus der Klinik Tarnier und betreffen 129 Frauen sowie deren neugeborene Kinder. Die Mütter gruppieren sich in folgender Weise:

1. Schwangere oder frisch Entbundene mit unzweifelhaft syphilitischen Erscheinungen;

2. solche, die sicher eine Syphilis durchgemacht haben, gegenwärtig aber keine floriden Erscheinungen aufweisen;

3. solche, die als suspekt gelten müssen und

4. Gesunde,.

Wassermannsche Reaktion fiel bei der ersten Gruppe, bei den Frauen mit florider Syphilis, in nicht mehr als 53·33% der Fälle deutlich positiv aus. Den Grund dafür, daß die Zahl positiver Reaktionen so gering war, führt Verf. zu einem kleinen Teil darauf zurück, daß es sich um frische Lues handelt; zu einem größeren Teil darauf, daß vor der Serumuntersuchung bereits eine Quecksilberbehandlung eingeleitet war; im wesentlichen aber auf den hemmenden Einfluß der Schwangerschaft auf die Wassermannsche Reaktion. In einer Reihe von Fällen wurde neben dem Blutserum die Milch zur Untersuchung verwendet. Nicht immer ergab sich Übereinstimmung; doch sieht Daunay die Probe für entscheidend an, wenn auch nur mit dem Laktoplasma ein positives Resultat zu erhalten ist.

Es läßt sich bei der Salvarsantherapie der Übergang von Antikörpern in die Milch nachweisen, doch ist diese Vermehrung der Antikörper vorübergehend und inkonstant. Wohl gehen Spuren von Arsenik in die Milch über, doch ist die Menge so gering, daß sie therapeutisch kaum eine Rolle spielt.

Bei der zweiten Gruppe von Frauen ist die Zahl der positiven Resultate noch mehr herabgesetzt. Dies erklärt sich aus dem Einfluß der Therapie und dazu kommt vielleicht ein Einfluß der Schwangerschaft. Bei der letzten Gruppe, den gesunden Frauen, war die Reaktion stets negativ.

Nicht alle Kinder dieser Frauen konnten untersucht werden, aber eine große Zahl derselben, und zwar im Moment der Geburt oder in den ersten Lebenstagen. Im allgemeinen ergab sich bei den Frauen der ersten Gruppe, welche selbst eine positive Reaktion ergeben hatten, eine Übereinstimmung im Ergebnis der Wassermannschen Reaktion bei Mutter und Kind. Auch beim Kinde fiel sie positiv aus, wenn die Mutter floride Erscheinungen aufwies und wenn ihr Serum im Moment der Entbindung eine deutliche positive Reaktion ergab. Bei den übrigen Fällen fiel häufig beim Kind die Reaktion positiv aus, wenn sie bei der Mutter negativ war und umgekehrt.

Das sind die wesentlichsten Ergebnisse der Arbeit; bezüglich der Einzelheiten sei auf das Original verwiesen.

A. Keller (Berlin).

Paul v. Szily (Budapest). *Prophylaxe des luetischen Abortes und der Säuglingssyphilis.* (Vorläufige Mitteilung.) (Wiener med. Wochenschr., 1912, S. 3226.)

„Die bewiesene hämatogene Infektion der Frucht von seiten der Mutter bedingt als Gegenmaßnahme die intrauterine chemotherapeutische Sterilisation der Frucht durch Salvarsanbeeinflussung

der Mutter." Verf. hat bisher 10 schwangeren Frauen mit positivem Wassermann, die bisher abortiert hatten, 0·6 respektive 0·9 Salvarsan intravenös injiziert; jede derselben gebar ein gesundes Kind.

Lehndorff (Wien).

Wilfred H. Mauwaring. *Die Wirkung subduraler Injektion von Leukozyten auf den Ausbruch und den Verlauf experimenteller tuberkulöser Meningitis.* (Journ. exper. Med., Bd. XV, 1—13.)

Subdurale Injektion von Tuberkelbazillen, die für Meerschweinchen und Kaninchen virulent sind, führt beim Hunde zu tuberkulöser Meningitis, zu Lähmungen und zum Tode. Das Auftreten von Lähmungen und das tödliche Ende kann hinausgeschoben werden durch subdurale Injektion von Aufschwemmungen von Leukozyten vom Hunde. Bei Infektion mit kleinen Mengen Tuberkelbazillen ließ sich der Ausbruch der Erkrankung verhüten, während die Kontrolltiere sämtlich 4 Wochen nach der Infektion Lähmungen aufwiesen.

H. Vogt.

John Fraser. *Die Häufigkeit des Vorkommens von Tuberkelbazillen des Typhus humanus und bovinus bei der Knochen- und Gelenktuberkulose der Kinder.* (Journ. exper. Med., Bd. XVI, 432—442.)

Die Untersuchungen des Verf. erstrecken sich auf 70 Fälle von äußerer Tuberkulose, die in Edinburg zur Beobachtung kamen. Er fand bei 41 Kindern den Typus bovinus, bei 26 den Typus humanus. Diese Befunde weichen von denen verschiedener anderer Forscher ab, die ganz überwiegend Tuberkelbazillen vom Typus humanus angetroffen haben. Das erklärt sich zum Teil wohl daraus, daß die Untersuchungen des Verf. ausschließlich Kinder im Alter bis zu 12 Jahren betrafen, bei denen der bovine Typus eine größere Rolle spielt als bei Erwachsenen. Außerdem scheint die alimentäre Infektion mit Tuberkulose in Schottland häufiger als an vielen anderen Orten vorzukommen. Dafür spricht das häufige Vorkommen von Abdominaltuberkulose, an der im Edinburger Kinderkrankenhaus 3 bis 4 %, in Glasgow 4 bis 5% aller aufgenommenen Kinder leiden. Dieser Annahme würde auch entsprechen, daß die Zahl der Fälle mit bovinem Typus in den ersten 3 Lebensjahren am größten ist und dann allmählich abnimmt. In 3 Fällen von Knochentuberkulose Erwachsener wurde der Typus humanus als Erreger ermittelt. Unter sämtlichen Fällen, bei denen eine familiäre Infektion mit Tuberkulose wahrscheinlich erschien, waren 71% durch den Typus humanus hervorgerufen.

H. Vogt.

M. Péhu. *Les réactions locales et générales à la tuberculine chez l'enfant.* (Arch. de Méd. des enf., Bd. XV, H. 7.)

Ausführliche kritische Besprechung der verschiedenen Methoden. Die verschiedenen Tuberkuline ergeben bei gleicher Methodik ungleiche Resultate. Ein einheitliches Maß für die Aktivität der Tuberkuline sei deshalb wünschenswert. Vorläufig ist es nicht möglich, sich zugunsten einer bestimmten Methode zu äußern; keine Methode

steht außerhalb der Kritik und keine ermöglicht es, eine scharfe Grenze zwischen einem völlig normalen und leicht pathologischen Zustand zu ziehen. Den größten diagnostischen Wert besitzen die Proben bei Kindern bis zum 4. Lebensjahre.

Thorspecken (Bremen).

Iselin (Basel). *Die konservative Behandlung der Drüsentuberkulose.* (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, Nr. 20, 1912.)

Der durch seine Arbeiten auf dem Gebiete der Röntgenbehandlung der chirurgischen Tuberkulose bestens bekannte Verf. berichtet in diesem Aufsatze über Erfahrungen an 202 Patienten (Erwachsene und Kinder), die er seit dem Jahre 1906 wegen Drüsentuberkulose mit Röntgenlicht bestrahlt hat.

Von 99 Patienten mit geschlossenen Drüsen sind 63 vollkommen geheilt, 35 befinden sich zum Teil in Heilung, zum Teil noch in Behandlung; bloß 1 Patient mit Supraklavikulardrüsen blieb ungebessert.

Wegen fistelnder Drüsen wurden 45 Patienten behandelt; 29 sind ganz geheilt, 14 bloß gebessert.

Bei 23 weiteren Patienten war neben fistelnden Drüsen Skrophuloderm vorhanden; davon sind 19 geheilt, 4 gebessert.

Bei 31 Patienten wurde nach einfachem Evidement des erweichten Drüsengewebes der kranke Herd belichtet. 22mal erfolgte Totalheilung, 6mal Besserung, 3mal blieb der Erfolg aus.

Die Dauer der Behandlung beträgt für größere Drüsenpakete 5 bis 6 Monate, manchmal bis zu einem Jahre und kann gelegentlich an der Empfindlichkeit der Haut gegen Röntgenlicht scheitern. Die lange Kur erklärt sich aus den 3- bis 4wöchigen, unbedingt nötigen Pausen zwischen den einzelnen Bestrahlungen.

Durch vorsichtige Dosierung der Einzeldose ($^1/_4$ bis $^1/_2$ Sabourandeinheiten, Sklerometer von Klingelfuß!) lassen sich akute Schädigungen der Haut sicher vermeiden. Schwierig ist es auch heute noch, die Zahl der erlaubten Einzeldosen für die verschiedenen Körpergegenden zu bestimmen, welch letztere in sehr verschieden hohem Grade gegen Röntgenlicht empfindlich sind. Trotz schwacher Dosierung konnte Verf. in einigen Fällen, lange Zeit nach Ablauf der Röntgenbehandlung, chronische Röntgengeschwüre an den Füßen der Patienten konstatieren, was dringend zur Vorsicht bei der Röntgentherapie mahnt. Als bestes Zeugnis für die Wirksamkeit der Röntgenlichtbehandlung kann angeführt werden, daß seit 3 Jahren an der chirurgischen Klinik und Poliklinik in Basel nur noch ausnahmsweise tuberkulöse Drüsen operiert werden.

Wieland (Basel).

von Ruck. *Prophylactic immunization against tuberculosis: application in children.* (Schutzimpfung gegen Tuberkulose bei Kindern.) (Med. Rec., 31. August 1912.)

Die Vakzine des Verf. enthält pro Kubikzentimeter 10 mg von Tuberkelbazillenproteinen neben Fettextraktiven derselben in vier

verschiedenen Verhältnissen. Zur Kultur wird ausschließlich der Typus humanus verwendet. Verf. beginnt mit Einspritzung von 0·1 cm³, 10fach verdünnt, worauf Antikörper sich prompt entwickeln. Die quantitative Ambozeptorbestimmung scheint bei Wiederholung der Einspritzung, namentlich bei größeren Dosen (bis 0·6 cm³) ziemlich konstant zu sein. Die Serumagglutination steigt mit der Dosis sowie bei wiederholter Einspritzung; die Alkaleszenz des Blutes steigt bloß nach der ersten respektive zweiten Einspritzung. Die Immunisierung scheint gelegentlich bis zu 14 Jahren anzudauern, zumeist aber bloß auf Monate, soweit bisher konstatiert, obgleich bei der Frische des Materials noch viel längere Beobachtung gefordert ist.

Wachenheim (New York).

P. Rohmer. *Neuere Untersuchungen über den Diphtherieherztod.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVI, 391—401.)

Bei 6 Fällen von Diphtherie mit Symptomen von Myokarditis, die alle ziemlich leicht verliefen und in Heilung ausgingen, zeigte das Elektrokardiogramm keine Abweichungen vom normalen Verhalten. Bei einem Kinde, bei dem sich die Symptome der Schädigung des Herzens rapid ausbildeten und bedrohlich erschienen, war im Elektrokardiogramm die Vorhofsschwankung nur angedeutet oder fehlte ganz, die Initialschwankung war niedrig und breit und die Finalschwankung fast völlig verstrichen. Ganz auffallende Erscheinungen am Elektrokardiogramm waren bei 6 tödlich verlaufenden schweren Diphtherien zu beobachten, wie Fehlen der Vorhofszacke, niedrige Initialschwankung und fehlende oder nur angedeutete Finalschwankung. In einem Falle traten die Vorhofszacken des Elektrokardiogramms ohne geregelte Beziehungen zu den Ventrikelschwankungen auf, es bestand also eine atrioventrikuläre Dissoziation. Dabei war durch anatomische Untersuchung des Herzens nirgends eine völlige Leitungsunterbrechung im Hisschen Bündel und dem Anfangsteil der Schenkel festzustellen. Es muß sich also um eine Leitungsunterbrechung durch toxische Schädigung des Bündels gehandelt haben. H. Vogt.

E. Seligmann und **E. Schloss.** *Beiträge zur Epidemiologie und Klinik der Diphtherie.* (A. d. städt. Untersuchungsamt und dem großen Friedrichwaisenhause der Stadt Berlin.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. IV, S. 451.

Die Verff. berichten zuerst über mehrere Schulepidemien von Diphtherie.

Mehr Interessantes bringt der 2. Abschnitt, der eine Krankenhausendemie von Diphtherie im Waisenhause Rummelsburg behandelt. Eine große Anzahl der dortigen Neuaufnahmen beherbergt Diphtheriebazillen, die nach Ansicht der Verff. im Berliner Waisenhaus erworben werden. (!)

Ein Teil von diesen infizierten Kindern bleibt Bazillenträger, und zwar oft über Wochen und Monate hin. Mehr oder weniger sind es alles Kinder, die minderwertig sind. Ein großer Prozentsatz weist die Zeichen der exsudativen Diathese auf, andere haben sonstige

konstitutionelle Schäden oder rekrutieren sich aus debilen frühgeborenen oder chronisch ernährungsgestörten Kindern. Bei einem vollwertigen Säugling dagegen findet sich nur sehr selten eine Persistenz der Bazillen.

Erkrankt einmal ein solcher Bazillenträger an klinischer Diphtherie, so geschieht es meist auf dem Umwege über den diphtherischen Schnupfen, dessen Sekret das Weiterschreiten der Infektion auf Rachen und Kehlkopf vermittelt. Das auslösende Moment, das die bakteriologische in eine klinische Diphtherie verwandelt, ist oft eine andersartige Schleimhautaffektion. Am wichtigsten in dieser Beziehung ist die Grippe, an zweiter Stelle stehen die Masern.

Die Übertragung der Diphtherie geschieht nach Ansicht der Verff. von Bett zu Bett. Damit läßt sich — unseres Erachtens wenigstens — aber die Tatsache wohl nicht gut in Einklang bringen, daß es nicht gelang, die in Boxen untergebrachten nicht infizierten Kinder vor dem Eindringen der Diphtheriebazillen zu schützen (S. 474) — eine Tatsache, die höchst beachtenswert ist, weil ja gerade in der heutigen Zeit wieder Anstrengungen gemacht werden, das Boxensystem als das Allheilmittel hinzustellen.

Wir vermissen in der interessanten Arbeit nur eins: nämlich Angaben, welche Rolle denn eigentlich die Ärzte und Pflegerinnen als Bazillenträger gespielt haben! Birk.

Kolmer. *Diphtheria bacilli, with special reference to complement-fixation reactions.* (Komplementfixation beim Diphtheriebazillus.) (Journ. Infect. Dis., Juli, 1912.)

Durch Komplementfixationsproben zeigt Verf., daß die verschiedenen Formen des Diphtheriebazillus inklusive der Hofmannsche Bazillus, bloß Varietäten darstellen. Die Komplementfixation steht mit dem Antitoxingehalte der Immunsera in keinem Zusammenhange.

Wachenheim (New York).

Lorenz and **Ravenel.** *The treatement of diphtheria carriers by overriding with staphylococcus aureus.* (Die Behandlung der Diphtherieträger durch Implantation von Staphylococcus aureus.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 31. August 1912.)

Verff. prüften diese Methode an 17 Fällen; das Resultat war namentlich bei bloß oberflächlichem Vorhandensein der Diphtheriebazillen sehr befriedigend, manchmal schwanden die Bazillen innerhalb einer Woche nach Einblasungen der Staphylokokkenreinkultur. Bei Fällen von tiefem Eindringen der Bazillen und manifesten Entzündungserscheinungen war die Behandlung oft prompt erfolgreich, nachdem die gewöhnliche Rachenantisepsis Wochen und selbst 2 Monate lang versagt hatte; in dieser Gruppe waren aber einige Mißerfolge respektive Späterfolge zu verzeichnen, so daß das beste Resultat bei scheinbar gesunden Trägern zu erwarten ist.

Wachenheim (New York).

F. v. Szontagh. *Über Diphtherie- und Typhus-Kutanreaktion.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LVIII. 4—6.)

448 Kinder wurden mit unverdünntem Diphtherietoxin kutan geimpft. 38% reagierten positiv. Bei der Gruppierung nach Krankheiten läßt sich wenig Gesetzmäßigkeit bezüglich des Ausfalls der Reaktion erkennen. Von den Diphtheriekranken reagierten 44·3% positiv, von Scharlachkranken 47%. Besonders letzteres ist auffällig und Szontagh sieht darin eine Stütze der von ihm vertretenen Auffassung der Scharlachätiologie.

Ein Vergleich mit dem Ausfalle von Tuberkulinimpfungen, die bei einer Anzahl von Kindern gleichzeitig vorgenommen wurden, ergab keinen Parallelismus. — Für die Stärke der Reaktion ist die Konzentration von Bedeutung; durch Erhöhung und Verminderung der Konzentration kann die Zahl positiver und negativer Fälle beliebig geändert werden.

Bei Impfungen mit Typhustoxin fiel die Reaktion viel seltener positiv aus. Thorspecken (Bremen).

Wladimiroff. *Die Hospitalmasern und Sterbekasuistik nach Masern.* Arch. f. Kinderheilk., Bd. LVIII, 4—6.)

Wladimiroff macht auf die großen Unterschiede der Mortalität der Masern in Krankenhäusern und in Privathäusern aufmerksam, wofür zum Teil Lungenkomplikationen, zum Teil die Virulenz verantwortlich zu machen sei. Thorspecken (Bremen).

C. H. A Pagenstecher († 1869). *Die Masernepidemie des Jahres 1830, beobachtet in Elberfeld.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LVIII, 4—6.)

Aus dem Nachlasse des Verstorbenen herausgegebene anschauliche klinisch-epidemiologische Studie. Thorspecken (Bremen).

F. Brandenberg (Winterthur). *Zur Epidemiologie und Therapie der epidemischen akuten Kinderlähmung.* (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, Nr. 33, 1912.)

Nachdem Hagenbach-Burckhardt schon im Jahre 1910 über eine kleine schweizerische Epidemie von Poliomyelitis acuta (Heine-Medin) referiert hatte, die speziell Basel und Umgebung betroffen hatte, berichtet nunmehr Brandenberg von einer ähnlichen Epidemie aus der Ostschweiz. Deren Verbreitungsgebiet hielt sich strenge an den Verkehrsweg St. Gallen—Winterthur. Der Höhepunkt der kleinen Epidemie von 24 Fällen fiel auf die Monate Juli bis Oktober 1910, ungefähr auf den nämlichen Zeitpunkt, wie die früher schon von Hagenbach beschriebene Epidemie. Der eigentlichen Epidemie gingen vereinzelte Fälle in den nämlichen, später stark befallenen Ortschaften 1 Jahr vorher (**1909**) voraus (Anklingen der Epidemie). Ebenso folgten ihr wiederum vereinzelte Fälle am gleichen Orte im Frühjahre 1912 nach (Abklingen der Epidemie). Auch bei dieser Epidemie blieb der Infektionsweg unklar, indem die Krankheit in der Mehrzahl räumlich weit getrennte

Familien befiel. Bloß in 2 Fällen wurden Nachbarkinder betroffen in einem Intervall von 10 Tagen, was mit der von E. Müller angenommenen Inkubationszeit ziemlich übereinstimmen würde. Das Alter der befallenen Kinder schwankte zwischen 2 Monaten und 11 Jahren. Es wurden doppelt so viele Knaben als Mädchen betroffen. Mit Ausnahme eines schweren, unter dem Bilde der Landryschen Paralyse verlaufenden und tödlich endigenden Falles genasen sämtliche unter Hinterlassung verschieden schwerer Lähmungen. Die vom Verf. empfohlenen therapeutischen Maßnahmen bewegen sich in den üblichen Bahnen.

Jedoch ist Brandenberg ein ausgesprochener Anhänger frühzeitiger, schon 1 Jahr nach völligem Ablaufe der akuten Symptome einsetzender operativer Behandlung in allen Fällen mit vollständigen, d. h. durch Entartungsreaktion charakterisierten Muskellähmungen, weil es in allen derartigen Fällen im Laufe der Jahre zu einer sekundären Deformierung auch der Knochen (eine Folge der unausbleiblichen Kontrakturen!) komme, die dann regelmäßig einen zweiten operativen Eingriff erheische. Als Operation der Wahl komme nur die Muskel- oder Sehnentransplantation (Vulpius, Nicoladoni) in Frage, oder etwa auch die Sehnenverlängerung (Lange). Mit der bei Schlottergelenken einzig indizierten Arthrodese wartet man besser zu bis zur Adoleszenz.

Wieland (Basel).

Albert Niemann. *Zur Symptomatologie der Poliomyelitis acuta.* (Char.-Ann., 1912, Bd. XXXVI, S. 112.)

Beobachtung eines Falles von Poliomyelitis acuta, bei dem es sich anscheinend nur um eine partielle Lähmung der Bauchmuskulatur handelte, die stationär blieb. R. Weigert (Breslau).

Sophian and **Black.** *Prophylactic vaccination against epidemic meningitis.* (Prophylaktische Impfung gegen Zerebrospinalmeningitis.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 17. August 1912.)

Es wurden 11 Personen in achttägigen Intervallen mit 500 Millionen, ansteigend bis 2.000 Millionen, Meningokokken, im ganzen je 3mal geimpft, mit folgendem Resultat: Es bildete sich alsbald eine Leukozytose aus, binnen 4 Tagen erschienen Immunkörper, die im weiteren Verlaufe stark zunahmen, noch schneller entwickelten sich Agglutinine, so daß nach 3 Wochen eine Verdünnung von 1 : 2.500 schon agglutinierte. Scharfe Komplementfixation konnte bei 1 : 200 erhalten werden, ein hoher Immunitätsgrad.

Nach der Einspritzung trat in etwa 4 Stunden eine Lokalreaktion auf, die kaum einen Tag andauerte, bei Wiederholung wurde die Reaktion stärker, allgemeine Reaktion fehlte öfter, doch kamen auch Temperaturen bis 40° vor, manchmal mit Herpes labialis. Hie und da kamen mäßige Meningealreizungssymptome, wie Kopfschmerzen und Nackensteifigkeit, vor.

Gegen die Anwendung der Impfung während einer Epidemie ist die Gefahr der Hervorrufung einer vorübergehenden negativen

Phase von gesteigerter Empfänglichkeit einzuwenden, da die zu immunisierende Person eben zurzeit Bazillen tragen dürfte: dieser Gefahr ist durch Kulturen des Nasen- und Rachenschleimes zu begegnen. Die Reaktion selbst ist kaum von genügendem Belang, eine Kontraindikation zu bieten. In bezug auf die Dauer der Immunität herrscht noch Zweifel, sie wird eventuell ein Jahr anhalten, es ist geraten, daß das Blut der vermeintlich Immunisierten regelmäßig geprüft werde, am besten mit der Fixationsprobe, die am zuverlässigsten ist; bei der relativ geringen Infektiosität des Meningokokkus sind auch geringe Immunitätsgrade nicht ohne Wert.

Wachenheim (New York).

E. Levy. *Die Behandlung der epidemischen Genickstarre durch Seruminjektionen in die Seitenventrikel.* (Bericht über einen geheilten Fall.) (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LIX, H. 1/2.)

Als es bei dem $3^1/_2$ Monate alten Kinde nicht gelang, Meningokokkenserum in den Lumbalsack zu injizieren, spritzte Levy an 2 aufeinanderfolgenden Tagen je 8 cm^3 Serum in die Seitenventrikel. Eine unmittelbar darauf einsetzende Besserung des Zustandes sprach für die in diesem Falle lebensrettende Wirkung der Injektionen. Levy empfiehlt die Methode als Ersatz der Lumbalpunktion in den Fällen, wo letztere mißlingt.

Thorspecken (Bremen).

Paul Heim. *Herpes zoster und Varizellen.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 50, S. 2349.)

Im Anschlusse an die Beobachtungen von Bokay (XVI. Internationaler medizinischer Kongreß, Budapest) teilt Verf. folgende eigene Beobachtung mit. Die Mutter erkrankt an typischem Herpes zoster. Zu dieser Zeit ist nur ein Kind zu Hause; dieses erkrankt nach 10 Tagen an typischen Varizellen. Das zweite Kind kommt 4 Tage nach der Erkrankung der Mutter nach Hause und erkrankt nach weiteren 12 Tagen ebenfalls an Varizellen. Die Eruptionen des Herpes zoster bei der Mutter treten nicht an einem Tage auf, sondern am dritten Tage neue Flecken und Bläschen und am fünften Tage wieder neue; doch bleiben dieselben immer auf demselben Gebiet. Mit v. Bokay nimmt Verf. die Möglichkeit an, daß der bisher unbekannte Infektionsstoff der Varizellen unter gewissen, bisher unbekannten Umständen statt einer allgemeinen Eruption in Form eines Herpes zoster sich äußern kann, welcher bei weiterer Entwicklung zu einer typischen Varizellenerkrankung Veranlassung geben kann.

Verf. erwähnt noch, daß im Frühjahre in einem Bezirke der Stadt Budapest neben einer Varizellenepidemie auch eine Herpes-zoster-Epidemie zu konstatieren war.

A. Keller (Berlin).

Wilhelm Hildebrandt (Freiburg i. Br.). *Das klinische Verhalten der Leber bei Erysipel, nebst Mitteilung eines Falles von schwerer Hepatitis parenchymatosa bei Wandererysipel und Sepsis.* (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1912, Bd. XXV, S. 247.)

„Ein hoher Prozentsatz der Fälle von Erysipel verläuft mit zum Teil starker Urobilinurie. Diese ist, oft ganz allein, der Ausdruck

einer akuten parenchymatösen Hepatitis." Letztere verbietet Eingriffe in Chloroformnarkose wegen der Gefahr des „späten Chloroformtodes." R. Weigert (Breslau).

Gutmann (Berlin). *Zur experimentellen Chemotherapie der Pneumokokkeninfektion.* (Zeitschr. f. Immunitätsforsch., Orig., XV, S. 625.)

Ein Abkömmling des Chinins (Äthylhydrokuprein) schützt Mäuse gegen den Tod an Pneumokokkensepsis. Diese von Morgenroth festgestellte Tatsache wurde vom Verf. nachgeprüft und an 12 Pneumokokkenstämmen bestätigt.

Die ölige Lösung des Präparats ist der wässerigen überlegen. Th. Messerschmidt (Straßburg).

Anselm Lehle (München). *Zur Prophylaxe der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 40.)

„Sophol" ist das souveräne Prophylaktikum der Ophthalmoblennorrhoe. Sophol ist eine Verbindung von Formaldehydnukleinsäure und Silber; von letzterem enthält es 20 aufs Hundert. Lichtempfindlich, in Wasser leicht löslich. Die bakterizide Wirkung kommt dem Ideal des Nullprozentes nahe. Es ist schmerzlos und fast reizlos. Instillation von 5%iger Lösung, die sich monatelang unverändert hält.

Die überaus günstigen Erfahrungen wurden an der Döderleinschen Klinik (2.500 Einträuflungen) gewonnen. Klotz.

L. Weekers. *Etiologie de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés indications pratiques pour son traitement.* (Scalpel Mars 1912.)

Beschreibung der gonokokkischen Konjunktivitis und der Chlamidozoen-Konjunktivitis. Die klinischen Erscheinungen und die Behandlung sind die gleichen; die Prognose verschieden. Philips (Antwerpen).

Bass. *Chvosteks sign and its significance in older children.* (Bedeutung des Chvostekschen Phänomens bei älteren Kindern.) (Amer. Journ. Med. Sciences, Juli, 1912.)

Das Phänomen erscheint bei fast 20% sämtlicher Kinder zwischen dem 10. und 14. Jahr; Tetanie ist dagegen hier zu Lande ziemlich selten: der Zusammenhang zwischen dem Chvostekschen Symptom und der Tetanie ist mehr weniger zufällig; das Phänomen ist höchstens als ein Beweis einer neuropathischen Konstitution aufzufassen und in diesem Sinne zu verwerten. Wachenheim (New York).

Friedrich von Reuss. *Über die Anstaltsbehandlung der Hysterie im Kindesalter.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVI, 283—299.)

Verf. betont die außerordentlich günstige Beeinflussung, die hysterische Kinder durch Unterbringung in einem gut geleiteten Kinderkrankenhaus erfahren. Unter 60 Kindern, die in den letzten 10 Jahren behandelt wurden, war ein Mißerfolg nur bei einem Kinde

zu verzeichnen, mit dem eine sprachliche Verständigung unmöglich war. Unter den günstig wirkenden Faktoren, die bei der Krankenhausbehandlung in Frage kommen, stehen in erster Reihe die Reihe der umgebenden Personen, deren Überzeugung von der Heilbarkeit der Erkrankung sowie die Unterdrückung der übertriebenen Selbstbeachtung der kleinen Hysteriker, zu der die selbstverständliche Disziplin des Krankenhauses am meisten beiträgt. Dazu kommen von ärztlichen Maßnahmen die „Voluntarisation" des hysterischen Symptoms, seine Loslösung von dem Begriff des Krankseins und die Erzwingung der Lenksamkeit durch Eingriffe, die unangenehm empfunden werden. H. Vogt.

R. Neurath (Wien). *Paralytische Äquivalente der Kinderepilepsie* (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. V, S. 64.)

Der hier mitgeteilte Fall verdient besondere Beachtung, weil er einer jener seltenen Fälle von kindlicher Epilepsie ist, die von Anfang an beobachtet wurden. In der Familie fand sich hereditäre Belastung: Linkshändigkeit, Facialisasymmetrien. Nach der Geburt bestand eine kurze Asphyxie. Am 3. Lebenstage rechtsseitige Konvulsionen, die 3 bis 4 Tage anhielten. Sodann vom Ende des 1. Lebensjahres an halbseitige Epilepsie, d. h. Krampfanfälle, vorübergehende Lähmungen des rechten Beines usw. Birk (Kiel).

W. Shukowsky und **Rosa Aisenberg**. *Über Mongolismus bei Kindern.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVI, 317—327.)

Die Verff. finden die Berechtigung zur Mitteilung des von ihnen beobachteten Falles von mongoloider Idiotie in dem Umstande, daß das Krankheitsbild in der russischen Literatur nur wenig Beachtung gefunden hat. Der Fall selbst weist keinerlei Besonderheiten auf, wenn man nicht in der Kombination mit myxömadetöser Hautveränderung leichten Grades solche erblicken will. H. Vogt.

Oskar Thorspecken. *Beitrag zur Kenntnis der Myatonia congenita.* (Oppenheim.) (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVI, 300—316.)

Verf. hatte Gelegenheit, die genaue Untersuchung eines Falles von Myatonia congenita bei einem $4^1/_2$jährigen Kinde auszuführen. Der Fall bot gewisse Besonderheiten dar, wie eine starke fast allgemeine Muskelatrophie, sowie eine abnorme Dünnheit der Röhrenknochen bei normaler Länge. Doch können diese Symptome die Diagnose nicht erschüttern. Denn entgegen den Angaben einzelner Autoren wurde Muskelatrophie bei Myatonie schon öfter beobachtet. Wahrscheinlich ist sie sogar eine ziemlich regelmäßige Erscheinung bei Myatonie, wird aber leicht übersehen infolge abnormer Entwicklung des Fettpolsters. Auch die Atrophie der Knochen ist wahrscheinlich häufiger, als man glaubt, da sie während des Lebens nur durch Röntgenuntersuchung festgestellt werden kann. Eine eingehende elektrische Untersuchung ergab, daß sämtliche Nerven und Muskeln für beide Stromarten erregbar waren, wenn auch zum Teil erst bei starken Strömen. Von der Herabsetzung der elektrischen

Erregbarkeit waren auch die funktionell wenig betroffenen Gebiete betroffen. Eine kritische Betrachtung der bisher vorliegenden Obduktionsbefunde führt zu dem Resultat, daß es sich bei der Myatonie nicht um eine reine Entwicklungshemmung handeln kann, daß vielmehr alle beschriebenen Veränderungen als krankhafte Veränderungen zu deuten sind, die sich an den voll entwickelten Elementen abgespielt haben. H. Vogt.

R. Duthoit. *A propos d'un cas de Myatonie congénitale ou maladie d'Oppenheim.* (Bull. da la Soc. Roy. des sciences méd. et nat. de Bruxelles, Nr. 7, 1912.)

Durchaus typischer Fall. Das Leiden des jetzt 2jährigen Mädchens ist kongenital. Die Muskelschwäche der unteren Extremitäten überwiegt gegen die der oberen und ist an den distalen Teilen der Gliedmaßen geringer. Auch Kopf- und Rückenmuskulatur ist befallen. Ausgesprochene Hypotonie. Die Sehnenreflexe fehlen. Faradische und galvanische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln ist stark herabgesetzt bis aufgehoben, keine Entartungsreaktion, Wassermann negativ. — Duthoit glaubt, durch Verabreichung von Thyreoidea eine Besserung erzielt zu haben.

Thorspecken (Bremen).

W. Zipperling (Wildbadsanatorium Tobelbad bei Graz). *Über eine besondere Form motorischer Reizzustände bei Neugeborenen (sogenanntes „Stäupchen").* (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. V, S. 31.)

Die Zustände, die der Verf. beschreibt, faßt er als physiologische Erscheinung auf, namentlich bei Frühgeburten vorkommend und bei diesen so heftig auftretend, daß sie bedrohlich werden und die Ernährung gefährden können. Sie finden sich aber auch bei anderen neugeborenen Kindern — etwa in $^1/_4$ bis $^1/_3$ aller Fälle. Sie sind wahrscheinlich durch Zirkulationsänderungen bedingte Reize im Ursprungsgebiet der Kerne einzelner motorischer Hirnnerven bei dem an sich noch unfertigen Säuglingsgehirn. Hinsichtlich des Charakters dieser Zustände schreibt der Autor:

„Als erstes tritt rhythmisch eine blitzartige Ablenkung beider Augen nach einer Seite in der Horizontalen und bedeutend langsamere Rückkehr in die Ruhestellung auf, ungefähr 12- bis 20mal innerhalb $^1/_4$ bis $^1/_2$ Minute. Regellos erfolgt die Ablenkung bei einem Anfall nach rechts, bei einem andern dagegen nach links. Dabei werden die Saugbewegungen schwächer und hören bald ganz auf. Der Atem wird unregelmäßig, zwischen den einzelnen Zügen treten ungleiche Pausen ein, die Atemzüge sind ruckweise, tiefer und schneller und gelegentlich überstürzen sich die Inspirationen, so daß 3 unmittelbar aufeinander folgen; . . . Die Bulbi gehen nun aus der horizontalen Lage nach außen beziehungsweise innen oben, nicht immer, doch meistens nach der gleichen Seite, wohin sie vorher abgewichen waren, und gleichzeitig setzt ein Blepharospasmus ein, 4- bis 6mal schnell aufeinander folgender Lidschluß, dann einige Sekunden offene Lider mit weiter nach oben gerichteten Augen. Gelegentlich kommt es zu einer ebenfalls nur Bruchteile einer Sekunde dauernden Kontraktion des ganzen M. orbicularis oculi. Unterdessen setzen Zuckungen im Gebiet des Mundfacialis ein, der Mundwinkel auf einer Seite — die gleiche, nach der die Augen anfangs ab-

gelenkt wurden — wird nach seitwärts und aufwärts gezogen, einige Male blitzartig, dann langsam, tonisch für mehrere Sekunden, und zwar häufig bilateral. Zu dem Ganzen gesellen sich sehr selten ruckweise kurze Bewegungen des Kopfes nach hinten. Ein solcher Anfall . . . dauert eine bis bis im Höchstfall zehn volle Minuten. Der Anfall hört ebenso unmittelbar auf, wie er gekommen ist. Nach einer Pause von ½ bis 3 Minuten kommt ein neuer, meist schwächerer Anfall und so fort drei- bis viermal und noch mehr, bis im Höchstfall eine volle Stunde, im Durchschnitt 10 bis 20 Minuten verstrichen sind, ehe alles abgeklungen ist." Birk.

Rich. *The atrophic form of Littles paralysis.* (Die atrophische Form der Littleschen Lähmung.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 20. Juli 1912.)

Verf. meint, daß diese Form von der gewöhnlichen spastischen Paraplegie der Säuglinge zu trennen sei.

Wachenheim (New York).

E. Bundschuh. *Ein weiterer Fall von tuberöser Sklerose des Gehirnes mit Tumoren der Dura mater, des Herzens und der Nieren.* (Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol., LIV, 1912, S. 278.)

Der Fall betraf ein zweijähriges Mädchen, das ziemlich plötzlich unter Krämpfen starb; bei der Obduktion fand sich eine diffuse Verhärtung einzelner Gehirnwindungen, tumorartige Einlagerungen an der Dura, im Herzen und in den Nieren. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, daß es gerade in den höchst differenzierten Organen infolge einer unbekannten Störung während des Embryonallebens zu Hemmung der Differenzierung und zu abnormer Wucherung der falsch differenzierten Zellen kam. Lehndorff (Wien).

O. Crouzon. *Dysostose cranio-faciale héréditaire. Contribution au chapitre des dystrophies cranio-faciales localisées.* (La Presse Méd., 1912, Nr. 73.)

Es handelt sich um Mutter und Kind, welche beide eine merkwürdige Mißbildung des Schädels und des Gesichtes, und zwar der knöchernen Partien, gleichzeitig aber auch noch andere Besonderheiten aufweisen. Beiden gemeinsam ist eine Vorwölbung auf der Stirn, über welche von vorn nach hinten eine kammartige Erhebung verläuft; ferner Mißbildung von Kinn und Nase (Prognathismus inferior) und auffallend gebogene (wie ein Papageienschnabel) Nase und schließlich Exophthalmus, der bei der Mutter kongenital, beim Kind erst später aufgetreten ist. Dazu kommt außerdem bei der Mutter Kropf, beim Kind epileptische Erscheinungen und Enuresis.

Aus der Familienanamnese ergibt sich außerdem, daß zwei Kinder des Bruders der Mutter eine ähnliche Mißbildung der Stirn zeigen. A. Keller (Berlin).

Otto Ehringhaus. *Zur Pathologie und Therapie der Syndaktylie.* (Char.-Ann., 1912, Bd. XXXVI, S. 549.)

Bei einem 14 Wochen alten Kinde mit totaler Syndaktylie mit Einbeziehung des Daumens wurde nach blutiger Durchtrennung

der Verwachsungen ein schöner Erfolg der Funktion erzielt. Die Überhäutung der kleinen Granulationsflächen wurde durch Behandlung mit Scharlachsalbe erreicht, wodurch insbesondere die wichtige Bildung guter Kommissuren an normaler Stelle gegeben war.
R. Weigert (Breslau).

J. Drey (Abteilungsvorstand am I. öffentl. Kinderkrankeninstitut in Wien). *Hereditäre Brachydaktylie, kombiniert mit Ankylose einzelner Fingergelenke.* (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. IV, S. 553.)

Die obige Mißbildung wurde in 5 Generationen einer Familie beobachtet. Teilweise handelte es sich um Defekte von Nagelphalangen, kombiniert mit Ankylosen einzelner Endgelenke, teilweise nur um die eine oder die andere Abnormität. Birk (Kiel).

Paul. *Operative treatment of spina bifida.* (Operative Behandlung der Spina bifida.) (Boston Med. and Surg. Journ., 4. Juli 1912.)

Verf. widerrät die Operation bei geistigem Defekt oder ausgesprochenen Lähmungen; bei kleinen Kindern ist sie bloß bei vorhandenem oder bevorstehendem Bruche des Sackes ratsam.
Wachenheim (New York).

B. Gomperz (Wien). *Über die Ursachen des Offenbleibens und Vernarbens von Trommelfellücken im Kindesalter.* (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. V, S. 54.)

Die bei Kindern im ersten Lebensjahr entstehenden Trommelfellücken kommen größtenteils durch Aspiration von Fruchtwasser oder infolge von Grippe zustande. Sie erreichen eine geringe Größe und zeigen eine gute Tendenz zur Heilung. Größere Defekte finden sich nur bei Kindern mit Tuberkulose und kongenitaler Syphilis.

Im späteren Kindesalter ruft die schwersten Zerstörungen der Scharlach hervor. Daß nicht jedes scharlachkranke Kind eine Otitis media erwirbt, liegt zum Teil an der verschiedenen Heftigkeit der Infektion, zum Teil aber auch an der Disposition des Kindes. Alle die Kinder, die schwere Trommelfellzerstörungen davontragen, stammen nach den Beobachtungen des Verf. von Eltern, die infolge von Not, Trunksucht, Syphilis, Diabetes oder sonst erschöpfenden Leiden ihre Widerstandsfähigkeit eingebüßt haben. „Die blutarmen, schlecht genährten Gewebe solcher Kinder leisten der nekrotisierenden Einwirkung der Mikroorganismen und ihrer Toxine nur ungenügenden Widerstand und es fehlt ihnen die Fähigkeit, durch kräftige Reaktion einerseits die eingedrungenen Schädlinge zu beseitigen, anderseits den Wiederersatz der zugrunde gegangenen Trommelfellteile anzubahnen."

In diesen Fällen kann auf die spontane Vernarbung der Trommelfellücken nicht gewartet werden, sondern es muß vermittels Trichloressigsäure versucht werden, eine artifizielle Vernarbung herbeizuführen. Unter den Präventivmaßnahmen steht am höchsten die rechtzeitige Parentese. Birk (Kiel).

Hill. *Retroperitoneal lymphosarcoma, with report of a case treated with Coley's fluid.* (Behandlung eines retroperitonealen Lymphosarkoms mit Coleyscher Flüssigkeit.) (Arch. of Ped., September, 1912.)

Die Coleysche Flüssigkeit besteht aus einer Mischung der Reinkulturen von Streptococcus erysipelatis und Bacillus prodigiosus. Von Einspritzungen dieser Flüssigkeit in maligne Tumoren, speziell Sarkome, werden seit ihrer Einführung 1891 immer noch hie und da günstige Erfolge berichtet. Beim vorliegenden Fall schien indes die Geschwulst unbeeinflußt zu sein und der Patient erlag in etwa 6 Wochen vom Anfange der Behandlung.

Wachenheim (New York).

Johann Becker. *Appendizitis in einem linken Leistenbruch eines Säuglins.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LIX, H. 1/2.)

2 Monate alter Säugling. Die Verlagerung des Appendix auf die linke Seite beruhte nicht auf einem Situs inversus, sondern wahrscheinlich auf einem abnorm beweglichen Coecum.

Thorspecken (Bremen).

Sante Solceri-Forli. *Über den epigastrischen Schmerz bei Appendizitis.* (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1912, Bd. XXV, S. 240.)

Der epigastrische Schmerz „ist eine Schmerzempfindung, die der (Appendizitis-) Kranke an einer Stelle zwischen der Spitze des Schwertfortsatzes und dem Nabel lokalisiert und die er auf den Nabel zu beziehen geneigt ist. Der Schmerz hat keinerlei Beziehung zur Nahrungsaufnahme, ist auch zumeist durch Palpation weder auszulösen noch zu verschärfen". Zur Erklärung dieses Phänomens muß die Erfahrung herangezogen werden, daß bei einem in absoluter Anästhesie Operierten ein Schmerz am Magen auftritt, wenn der Appendix ergriffen, gezerrt oder gedrückt wird, während die Durchschneidung der Haut und des parietalen Peritoneums Schmerzempfindungen nicht auslöste. Der Schmerz tritt nur dann auf, wenn das Mesenteriolum des Appendix nicht durchgeschnitten, intakt ist. Verf. glaubt, daß es sich um eine von Vagus getragene Reflexerscheinung handle.

R. Weigert (Breslau).

Aage Kook und **H. P. Oerum.** *Die Darminvagination im Kindesalter, durch zirka 400 dänische Fälle beleuchtet.* (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1912, Bd. XXV, S. 293.)

Die Studie behandelt in ausführlicher Weise und unter Beibringung eines für diese Krankheit in Deutschland ganz unerhört reichen Krankenmaterials die Ätiologie und Prophylaxe, die pathologische Anatomie, die Symptome, die Diagnose und Differentialdiagnose und die Therapie. Bezüglich der Wahl der blutigen oder unblutigen Behandlungsmethode geben die Verff. folgende Richtlinien: In allen Fällen, in denen keine Dünndarminvagination oder eine besondere Komplikation vorliegt, muß bei Kindern unter

einem Jahr die unblutige Methode bevorzugt werden; sie rettet zwei Drittel der Patienten. Wenn die unblutige Behandlnng fehlschlägt, rettet die dann jedenfalls zu versuchende Operation zirka ein Viertel der sonst desolaten Fälle. Bei Kindern von 1 bis 15 Jahren liefert die primäre Operation ebenso gute Resultate wie die unblutige Behandlung; sie verdient daher hier wegen der Sicherheit, „daß die Behandlung gelungen ist", den Vorzug.

B. Weigert (Breslau).

Soziale Hygiene.

H. Risel und **F. Schmitz.** *Über Stillprämien und ihre Erfolge.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LIX, H. 1/2.)

Die Verff. betonen, daß nur mittels einer sorgfältigen Individualstatistik ein Urteil über den Wert der Stillprämien gewonnen werden kann. Die an der Leipziger Poliklinik in den Jahren 1907 bis 1910 gemachten Erfahrungen zeigen gleich den aus anderen Städten mitgeteilten nur einen ziemlich bescheidenen, hinter den Erwartungen zurückgebliebenen Erfolg. Trotzdem halten die Verff. daran fest, die Stillprämien als die wirksamste Fürsorgemaßnahme zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit zu empfehlen.

Das Gewicht der Kinder, die durchweg untergewichtig zur Beobachtung kamen, blieb dauernd, auch im 2. Jahre, hinter dem Normalgewicht zurück. Die Ursachen dafür seien einerseits die besonderen wirtschaftlichen Verhältnisse (überwiegend uneheliche Kinder), anderseits bereits vor Beginn der Beobachtung gemachte Fehler in der Stilltechnik respektive Schädigungen der Kinder. Wenn man dagegen vom Gewicht absieht und in erster Linie den Gesamtzustand der Kinder ins Auge faßt, so erwies sich dieser auch in späterer Zeit als ein recht guter bei 70% der Kinder. Ein Vergleich der Kinder mit ihren Geschwistern machte es wahrscheinlich, daß dieser Erfolg auf die Verlängerung der Stilldauer zurückzuführen sei. 47·8% der Kinder wurden länger als $^1/_2$ Jahr gestillt. Auch die Zahl der Erkrankungen war bei diesen Kindern niedriger. Die Mortalitätsziffer ist etwas günstiger als bei den älteren Geschwistern: 13·7% gegen 17·3%. Das Verhältnis dieser Zahlen stellt sich noch günstiger, wenn die Klasse der sozial besonders gefährdeten Kinder, d. h. der unehelichen, verwaisten usw., ausgeschieden wird. Für die letztere Klasse seien die Mittel der Stillprämien (3 Mark pro Woche) zu gering, um die wirtschaftliche Notlage wirklich günstiger zu gestalten.

Thorspecken (Bremen).

S. Eichelberg. *Einiges zum Thema von den Ursachen der Säuglings-Sommersterblichkeit mit statistischem Beitrag über die Wohnung als ätiologischen Faktor.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LIX, H. 1/2.)

In München-Gladbach war die Sommersterblichkeit der Säuglinge in den hygienisch besonders gut gebauten Straßen- und Kottage-

häuschen der Gladbacher Aktienbaugesellschaft wesentlich geringer als in den enggebauten Straßen des Arbeiterviertels und betrug in den ersteren 6·4%, in letzteren 12·7%. Die sozialen Verhältnisse der Bewohner beider Regionen — nach der Einkommensteuer geschätzt — unterschieden sich nicht voneinander. Verf. übersieht aber nicht, daß die Qualität der Lebenshaltung der Bewohner der Kolonie im ganzen sicher eine bessere ist und daß dieser (schwer einschätzbare, aber sicher sehr ins Gewicht fallende) Faktor mit in Rechnung gezogen werden muß. Thorspecken (Bremen).

Royster. *Summer diarrhea-heat-humidity.* (Rolle hoher Temperatur und Feuchtigkeit als Ursachen des Sommerdurchfalls.) (Americ. Journ. Dis. Children, September 1912.)

Eine Untersuchung der Verhältnisse in der ganzen Union. Merkwürdig ist eine hohe Sterblichkeit schon im April in dem subtropischen Klima von New Orleans; weniger befremdend die gleichmäßigen Ziffern durch das ganze Jahr in San Franzisko, wo die mittleren Temperaturen von Winter und Sommer respektive 11° und 14° betragen. Im trockenen Westen ist die Kindersterblichkeit an Diarrhöen sehr gering; in Südarizona höher im Winter als im Sommer, trotz einer Mitteltemperatur des Juli von 32°. (Städte dort aber noch recht klein. Anm. des Ref.) Wachenheim (New York).

L. Moll und **E. Mayerhofer.** *Die gleichmäßige Verteilung der Sommersterblichkeit der Säuglinge auf Stadt und Land in Österreich.* (A. d. Organisationsamt d. Kaiser-Jubiläumsfonds etc. u. d. Kinderklinik in Wien.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. V, S. 122.)

Von einer eigentlichen Sommersterblichkeit der Säuglinge kann man in Österreich nicht reden, selbst die 2 größten Städte Wien und Prag zeigen keine Erhöhung der Mortalität im Sommer, sondern weisen die höchsten Zahlen im Frühling auf. Dasselbe gilt für das übrige Land, das im Frühjahr die ungesundesten Verhältnisse zeigt, hierauf erst folgt das Sommerquartal, dann das Winterquartal, während der Herbst das beste Resultat gibt.

Auch ein Unterschied — ob Stadt- oder Landbevölkerung — war nicht zu erheben. Birk (Kiel).

v. Pirquet. *Die Boxstation der Neuen Wiener Kinderklinik.* (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. V, S. 213.) (Vortrag in der deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde, Münster.)

Noch auf die Initiative Escherichs hin wurde die Wiener Klinik mit einer größeren Isolierstation ausgestattet. Sie besteht aus 2 Reihen von je 6 Zimmern, die durch einen Mittelgang geschieden und außen durch 2 Korridore verbunden sind. Der Mittelgang ist vollständig von der Abteilung getrennt, erlaubt aber den Eltern und den Studenten die Besichtigung der kranken Kinder, da alle Wände aus Glas hergestellt sind. Zwischen den Krankenzimmern ist auf jeder Seite ein Zimmer für die Pflegerinnen angebracht, durch

dessen Glaswände die Beobachtung der Kinder derselben Reihe möglich ist.

Die Boxen sind nach äußeren Korridoren zu offen. Am unteren Ende der Gänge sind 5 Nebenräume angebracht: Teeküche, Badezimmer, Raum für reine und für zu desinfizierende Wäsche.

Diese Isolierstation hat sich sehr gut für folgende Gruppen von Kranken bewährt:

1. zur Aufnahme und Beobachtung unklarer Initialstadien,
2. zur Überführung von infektionsverdächtigen Kindern des Spitals selbst,
3. zur Aufnahme von Doppelinfektionen,
4. zur Aufnahme oder Überführung von solchen einfachen Infektionskrankheiten, für die eine größere Abteilung nicht zur Verfügung stand.

Die für — den Leser — interessanteste Frage ist nun die: Welchen Nutzen haben die Boxstationen gebracht? Und da erfahren wir, daß die Isolierung auf denselben Hausinfektionen nicht ausschließt. Es kamen in einem Zeitraum von 10 Monaten 11 davon vor, 4mal mit Varizellen und Masern, 3mal mit Scharlach. Der Verf. nimmt an, daß diese Hausinfektionen dadurch zustande kamen, daß virulente Keime aus den Nachbarzimmern durch das Wartepersonal verschleppt wurden. Er hält Isolierstationen dieser Art für gut verwendbar bei endemischen Kinderkrankheiten, aber für nicht empfehlenswert bei Cholera, Blattern usw. Birk (Kiel).

Berichte.

Münchner Gesellschaft für Kinderheilkunde.

(Bericht, erstattet von **A. Uffenheimer.**)

Sitzung vom 19. Jänner 1912.

Hauptversammlung.

Uffenheimer legt im Namen des verhinderten Dr. Adam das Kassabuch vor. Dasselbe wird von den Doktoren Nadoleczny und Goett geprüft und für richtig befunden. Decharge.

Dann erstattet Uffenheimer den Jahresbericht. Es fanden 11 Sitzungen statt. Vorträge: 12. Demonstrationen 15. Diverse Mitteilungen. Gedächtnisfeier für Escherich†. Führung durch die Poliklinik. Mitgliederzahl: 48 (47).

Vorstandswahl:

Gewählt zum I. Vorsitzenden: **Dr. Dörnberger,**
II. Vorsitzenden: **Prof. Hecker.**
Schriftführer: **Dr. Uffenheimer.**
Kassenwart: **Dr. Adam.**

Jahresbeitrag: Auf 5 M. nominiert.

Statuten wieder genehmigt.

1. **Georg Mayer**: „*Demonstration eines Situs inversus totalis bei einem 8jährigen Mädchen*".

Das Röntgenbild zeigt das Herz in toto im rechten Lungenfeld. Deutliche Bronchialverzweigung in die rechte Spitze. Die Aufnahmen des Magendarmtraktus nach einer Kontrastinmahlzeit ergeben ebenfalls einen vollkommenen Situs inversus desselben.

2. **Siebert**: „*Demonstration eines Falles von Lues*".

Diskussion: Herr Oppenheimer.

3. **J. Meyer** (Berlin) a. G.: „*Weitere Beiträge über Schall-Lokalisation; Untersuchungen an Säuglingen und Tieren*".

Vortragender hat sich mit der Physiologie der Schall-Lokalisation d. i. der Fähigkeit, die Richtung einer Schallquelle festzustellen) besonders beschäftigt und untersucht, wann und in welcher Weise diese Eigenschaft sich beim Säugling entwickelt. Zur Kontrolle wurden junge Tiere (Raubtiere, Elefanten, Bären, Affen, Schafe u. a. m. untersucht und sodann ein großes Material älterer Tiere aus zoologischen Gärten genau beobachtet.

Bisher sind über diese Fragen exakte, mit den notwendigen Kautelen ausgestattete Versuche nicht ausgeführt worden, so daß Verfasser zu Resultaten gelangt ist, welche mit den bisherigen nicht vergleichbar sind. Untersucht wurden 47 menschliche Säuglinge, 16 ältere Kinder, etwa 100 Tiere, 9 Tiersäuglinge. All diese Einzelbeobachtungen stellen jedoch nur Anfänge vor. Verfasser hält es für sehr erwünscht, daß Neurologen, Otologen, Pädiater, Zoologen an größerem Material seine Resultate nachprüfen und die Kenntnis über die Schall-Lokalisation erweitern, da nach seinem Erachten diese Eigenschaft wahrscheinlich einmal ein für Diagnose und Prognose mancher Hirn- und Ohrenkrankheit wichtiges Symptom bilden dürfte. Kurz zusammengefaßt sind seine Resultate die folgenden:

I. Menschliche Säuglinge.

a) Sis erkennen die Schallquelle bedeutend frühzeitiger, wenn es sich um Töne, Geräusche u. dgl. m. handelt, welche ihnen bekannt sind, ein gewisses Interesse oder eine Erinnerung wecken, als solche, die ihnen fremd sind.

b) Zeitlich entwickelt sich das Lokalisationsvermögen beim Säugling verschieden früh:

1. Bei gesunden Säuglingen (3. bis 4. Monat) früher als bei kranken Kindern (5. bis 6. Monat). Jedoch sind Kinder individuell zu verschieden, um ganz genau das Auftreten gewisser Eigenschaften zu fixieren.

2. Kinder, die stets von allen lauten Geräuschen ferngehalten, von derselben Mutter oder Amme genährt oder gepflegt worden sind, reagieren und lokalisieren eher als Kinder aus geräuschvollen Anstalten.

c) Brustkinder scheinen früher das Lokalisationsvermögen zu erwerben als künstlich genährte Säuglinge.

d) Bei gewissen Geistes- und Nervenkrankheiten scheint das Lokalisationsvermögen verloren zu gehen. Diese noch offene Frage wäre einer systematischen Untersuchung an größerem neurologisch-psychiatrischen Material wert.

e) Der Sitz des Lokalisationsvermögens scheint nicht das Ohr (speziell inneres Ohr) zu sein, sondern sich im Gehirn (wahrscheinlich nicht Kleinhirn) zu befinden; sein spätes Auftreten ist wahrscheinlich durch das Fehlen der Markhüllen der Nerven-

fasern im Gehirn zu erklären. Das Lokalisationsvermögen ist sicherlich eine Funktion des binauralen Hörens, denn es entwickelt sich aus dem Gehörsvermögen heraus, die beiden Fähigkeiten gehen allmählich ineinander über, indem das Hören, das Reagieren auf Schalleindrücke die einfache Funktion des inneren Ohres, das Lokalisationsvermögen ein Bemerken, Verknüpfen, Beurteilen von Sinneseindrücken darstellt.

II. Tierische Säuglinge.

Die Entwicklung des Lokalisationsvermögens geht genau ebenso vor sich bei jungen Tieren wie bei Babys. Sämtliche Stadien der Entwicklung konnten an jungen Hunden, Bären, Elefanten, Somalischafen, Raubtieren verfolgt werden.

Anhang: Ältere Tiere: Abgesehen von älteren Schlangen, welche überhaupt nicht hören, wurde von allen Tieren auf Geräusche und Töne reagiert, meist auch lokalisiert. Am schärfsten lokalisieren Raubtiere, Elefanten, Hunde, dann andere Tiere, wie Bären, weniger gut Pflanzenfresser (Schaf, Angorahase). Alle Details, die besonders Otologen interessieren werden, sind in der demnächst erscheinenden ausführlichen Arbeit (Urbantschitsche Monatsschrift für Ohrenheilkunde) nachzulesen. In derselben ist auch die Versuchsanordnung sowie die vorliegende Literatur zur Physiologie und Pathologie des Lokalisationsvermögens angegeben.

Diskussion: Nadoleczny: Der Gegensatz zwischen Hutvirt und dem Vortragenden ist nicht ganz so groß, wie letzterer glaubt. Hutvirt betont nämlich, „daß man durch Töne gewisse Muskelreizungen auslösen kann", womit ein Hören in unserem Sinne nicht erwiesen sei. Zweifellos ist die Lokalisation des Schalles eine dem Hören übergeordnete Tätigkeit, aber abhängig vom Gehörorgan. Die Untersuchungen des Vortragenden betreffen nur die zeitliche Orientierung zur Medianebene (Qualitätsachse). Ob hierfür nur psychische Fähigkeiten in Betracht kommen oder ob nach der Theorie von Bard die Macula sacculi eine Rolle dabei spielt, ist noch fraglich. Eins aber ist sicher, nämlich daß eine zentrale Hörempfindung nicht zustande kommen kann, solange der Prozeß der Markreifung nicht vollendet ist. Nun kommt das Kind zwar mit einem fast ganz myelinisierten Akustikus zur Welt, aber die zentrale Hörbahn wird spät markreif, sogar später als die des anfangs geringer myelinisierten Optikus und viel später als die Bahnen für Geruch und Tastsinn. v. Monakow erklärt daher die ersten Orientierungsbewegungen von Säuglingen nicht durch exterozeptive Reize (also nicht durch Licht- und Schallreize). Erst nach Abschluß der Myelinisation von Optikus und Akustikus (im 3. Lebensmonate) wird nach v. Monakow die reflektorische Einstellung der Augen nach Schall- und Lichtquellen zur Tatsache. Daher ist es auffallend und schwer erklärlich, wenn der Vortragende bei einem 7 Wochen alten Säugling deutliche Lokalisation beobachtet hat. Daß die Erscheinung der Lokalisation anfangs nur bei bekannten Geräuschen und Stimmen auftritt, dürfte nicht durch das Interesse der Säuglinge erklärt werden, denn eine so komplizierte psychische Leistung dürfen wir in diesem Alter nicht voraussetzen. Es handelt sich jedenfalls einfach um sensorische Einübung auf häufig wiederkehrende Schallreize, denen schließlich gewisse Bekanntheitsqualitäten zukommen. Wenn schwachsinnige beziehungsweise myxödematöse Kinder nicht lokalisieren, zu einer Zeit, in der alle anderen es tun, so darf man doch nicht auf einen tatsächlichen Funktionsausfall schließen. Bei der schweren Erregbarkeit auch der passiven Aufmerksamkeit solcher Kinder (vielleicht auch ihres Gehörs) ist es unendlich schwer und nur bei langer Beobachtung möglich, sich eine Vorstellung von ihrer psychischen Leistungsfähigkeit zu machen.

Ranke. v. Pfaundler. Trumpp bringt als Beispiel für elektives Hören die Beobachtung, daß die in einer Säuglingsabteilung untergebrachten Ammen nachts nur beim Schreien der von ihnen gestillten Kinder (des eigenen oder eines fremden Kindes) aufwachen.

J. Meyer (Schlußwort): Vortragender dankt für die Anregungen und Ausführungen der Diskussionsredner und betont, wie auch im Vortrage selbst, daß die Untersuchungen noch nicht als abgeschlossen zu gelten haben, daß vielmehr Fortführung derselben durch Ohren-, Kinder- und Nervenärzte erwünscht seien. Im einzelnen bemerkt er (zu Prof. v. Pfaundlers Ausführungen): Die einzigen Säugetiere, welche nicht lokalisiert haben, sind Pflanzenfresser gewesen (Zebu, Angorahase); Raubtiere haben ausnahmslos und schon in früher Jugend prompt und scharf lokalisiert. (Zu Dr. Ranke): Die Tatsache, daß einseitig Schwerhörige in die Richtung des gesunden Ohres einen Schall verlegen, ist von Politzer vor 40 Jahren als Parakusis loci beschrieben worden, Valsalva hat diese Erscheinung an Hunden schon experimentell nachgewiesen. (Zu Dr. Nadoleczny): Säuglinge lokalisieren recht scharf und das einfache Reagieren ist wohl zu trennen vom Lokalisieren. Tatsächlich hat ein 7 Wochen alter Säugling (Säuglingsheim München) deutlich auf den Anruf der Amme lokalisiert.

Sitzung vom 1. März 1912.

2. **Gött:** *Demonstration von Pulskurven*, die sich auf die im Kindesalter häufigste Form der Arrhythmie beziehen, auf den juvenilen Typus nach Mackenzie; die Mehrzahl der postinfektiösen Pulsierregularitäten gehört diesem Typus an, ist also — ebenso wie der Pulsus irregularis respiratorius oder der Puls bei der tuberkulösen Meningitis — nicht auf organische Läsion des Herzmuskels, sondern auf Innervationsschwankungen zurückzuführen.

3. **Ranke** berichtet über die *Tätigkeit der Münchner Schulärzte in den ersten fünf Jahren nach ihrer Anstellung* (1. Jänner 1907).

Jedem Schularzte sind 2 bis 3 Schulen unterstellt, an denen er neben der Beaufsichtigung der gesundheitlichen Verhältnisse der Schulhäuser und aller ihrer Einrichtungen, die Untersuchung der Schulanfänger und der austretenden Knaben sowie aller der Schüler vorzunehmen hat, die während des Schuljahres als krankheitsverdächtig gemeldet werden oder bei den Klassenbesuchen vom Schularzte als krankheitsverdächtig oder krank befunden werden. Außerdem werden alle Kinder, bei denen der gesundheitliche Zustand dies nötig macht, „in schulärztliche Überwachung genommen", d. h. je nach Bedarf in kürzeren oder längeren Zeiträumen dem Schularzte wieder vorgeführt. Die Untersuchung der austretenden Mädchen geschieht durch eine Schulärztin, der diese Tätigkeit als alleinige Aufgabe zugewiesen ist, die also weder mit dem gesundheitlichen Überwachungsdienst der Schulkinder noch der Schulhäuser betraut ist.

Die ungeheure Mannigfaltigkeit der einzelnen praktischen Aufgaben, die damit den Schulärzten zugewiesen ist, wird dann an der Hand der schulärztlichen Jahresberichte — jeder Schularzt berichtet jährlich über seine Tätigkeit und stellt in diesen Jahresberichten Anträge, wie gefundenen Mängeln abzuhelfen sei — des näheren besprochen. Ein guter Überblick darüber ergibt sich an Hand der einstimmigen Anträge der Gesamtheit der Münchner Schulärzte an den Magistrat, die nach gemeinsamer Beratung aus diesen Einzelberichten zusammengestellt und dann in einem eigenen Bericht von der frei gewählten Obmannschaft dem Magistrate zur möglichst baldigen Verbescheidung unterbreitet werden.

Die große Zahl derartiger einstimmiger Anträge der Münchner Schulärzte zeigt ohne weiteres, wie groß das Bedürfnis nach einer engeren Fühlung zwischen Arzt und Schule ist. Trotzdem die Münchner Schulhäuser zum großen Teil vorzüglich, in manchen Beziehungen geradezu vorbildlich gebaut und eingerichtet sind, gibt es kaum ein Gebiet der Schulhaushygiene auf dem nicht solche Anträge nötig gewesen wären: Beleuchtung, Heizung, Ventilation und Reinigung der Schulsäle, hygienische Verbesserungen der Abortanlagen, besonders dringend Erstellung von ausreichenden Waschgelegenheiten und Trinkstellen für die Schüler, — durch deren völligen Mangel auch in neueren Bauten die Schulärzte bei ihrer Anstellung in hohem Grade überrascht waren — Einrichtung der Garderoben, der Schulbäder, der Schulhöfe und schließlich Abstellung von Schädigungen der Schulhäuser durch die Umgebung und Schaffung neuer Spielplätze.

Mit der Schülerhygiene beschäftigen sich ebenfalls eine große Anzahl der schulärztlichen Anträge. Sie beziehen sich in erster Linie auf die allgemeine Reinlichkeit inklusive Parasiten, auf die Zahnpflege, die Verhütung der Infektionskrankheiten, der Augen- und Ohrenkrankheiten, die Wirbelsäulenerkränkungen usw., während eine dritte Kategorie sich mit der Organisation und Vereinheitlichung des schulärztlichen Dienstes selbst befaßt.

Es ist umöglich, im Rahmen eines Referates aus dem ungeheuren, sich hier darbietenden Stoff auch nur das Wichtigste herauszugreifen. Es sei nur noch erwähnt, daß durch das anerkennenswerte Entgegenkommen des Magistrats und der Lokalschulkommission schon ein großer Teil der vorgeschlagenen Verbesserungen eingeführt oder doch ihre Einführung angebahnt werden konnte.

Sitzung vom 15. März 1912.

4. **Baisch** (a. G.): *„Die Übertragung der Lues auf die Nachkommenschaft; ihre Verhütung und Behandlung"*.

Die Statistik lehrt, daß in Deutschland jährlich 12.000 mazerierte Kinder geboren werden, von denen rund 10.000 luetisch sind. Nehmen wir schätzungsweise an, daß ebenso viele Kinder zwar lebend, aber mit hereditärer Lues behaftet, zur Welt kommen, so ergibt sich als jährliches Gesamtopfer der Lues in Deutschland die Zahl von 20.000 Neugeborenen. Die Verhütung dieses enormen Verlustes steht aber auf sehr unsicheren Füßen, solange der alte Streit nicht geschlichtet ist, ob die Übertragung auf das Kind vom Vater oder von der Mutter aus erfolgt.

Die alte, besonders von Kassowitz und Finger zu allgemeiner Anerkennung gebrachte Lehre geht bekanntlich dahin, daß in der Mehrzahl der Fälle der Vater es ist, dessen mit dem Syphilisvirus beladenes Sperma das Ei und die Frucht infiziert. Die Mutter kann dabei völlig gesund bleiben, ja sogar vom Fötus aus immunisiert werden (das sogenannte Colles'sche Gesetz). Sie kann aber auch von dem patern-syphilitischen Fötus aus infiziert werden (Ricords Shock en retour).

Diese Anschauung ist aus klinischer Beobachtung abgeleitet worden.

Die Beobachtungen selbst sind dabei durchaus richtig. Ich sehe jetzt ab von Fällen manifester Lues bei beiden Eltern oder bei der Mutter allein, wo die Übertragung auf das Kind keiner besonderen Erklärung bedarf. Wir sehen aber auch Frauen, die sich vollkommen gesund fühlen und von keiner Erkrankung wissen, die auch bei genauer Untersuchung nirgends am ganzen Körper Zeichen einer bestehenden oder überstandenen Lues aufweisen, mazerierte Kinder zur Welt bringen. Wir sehen sie dann weiterhin ihre syphilitischen Kinder stillen und täglich mit ihnen umgehen, ohne selbst syphilitisch infiziert zu werden. Die Untersuchung und Befragung des Mannes dagegen ergibt eine alte

Lues. Die Deutung der Zusammenhänge in dem Sinne einer paternen Übertragung mit Immunisierung der Mutter drängt sich so ohne weiteres auf.

Dazu kommen noch einige besonders frappante, aber wiederholt und einwandfrei beobachtete Erfahrungen:

1. Man sieht zuweilen, daß aus einer Ehe, aus der bisher nur mazerierte Kinder hervorgegangen waren, nach mehrjähriger gründlicher Behandlung des Ehemannes, und zwar ausschließlich des Ehemannes, lebende Kinder ohne Zeichen von Lues geboren werden.

Man beobachtete

2. daß Frauen, die mit einem Luetiker verheiratet waren und diesem nur syphilitische Kinder geboren hatten, späterhin einen zweiten gesunden Mann heirateten und nun lebende, gesunde Kinder zur Welt brachten. Beides schien ganz unmöglich anders gedeutet werden zu können als durch die Annahme einer paternen Übertragung.

Es mußten erst völlig neue Tatsachen auftauchen, um diese Theorie der väterlichen Vererbung zu erschüttern.

Die Entdeckung der Spirochäte pallida als Ursache der Syphilis brachte diesen Fortschritt zunächst nicht. Zwar ließen sich an den luetischen Früchten, an den inneren Organen der mazeriert geborenen Kinder, wie in den Pemphigusblasen und Papeln der Neugeborenen leicht die spezifischen Erreger nachweisen. Aber schon bei der Untersuchung der Plazenta fand man entweder überhaupt keine oder nur sehr spärliche Spirochäten. Für die Frage, ob diese Spirochäten vom Vater oder der Mutter stammten, war damit natürlich nichts gewonnen.

Nur indirekt konnte die Kenntnis von der Spirochäte gegen die Theorie der väterlichen Vererbung verwertet werden. Die Spirochäte ist wesentlich größer als ein Spermatozoon. Es ist also ausgeschlossen, daß sie sich im Kopfe des Samenfadens verbirgt und mit ihm in die Eizelle eindringt. Auch bei rein äußerlicher Beimischung zum Sperma müßte nach den Erfahrungen der Entwicklungsmechanik der Eintritt eines so großen Gebildes, wie es die Spirochäte darstellt, in das eben sich furchende Ei unbedingt zu tiefgreifenden Störungen der Teilungsvorgänge führen, die das Absterben des Eies in den allerersten Stadien oder schwerste Mißbildungen zur Folge haben würden. Beides widerspricht den Erfahrungstatsachen.

Einen mehr positiven Aufschluß über die Art der Vererbung versprach man sich von der Wassermannschen Reaktion. Von vielen Seiten, von Lesser, Blumenthal, Knöpfelmacher und Lehndorf und von zahlreichen anderen Autoren wurden die Mütter luetischer Kinder serologisch geprüft und alle diese Autoren fanden übereinstimmend, daß auch die Mütter, die selbst klinisch vollkommen gesund erschienen, in einem sehr hohen Prozentsatz, nämlich bis zu 90 vom Hundert, eine positive Wassermannsche Reaktion gaben.

Alle diese Autoren waren aber auch so vorsichtig, zu betonen, daß damit die Frage, ob nun diese positiv reagierenden Mütter auch tatsächlich luetisch seien, noch keineswegs als gelöst betrachtet werden dürfte. Gerade bei Schwangeren und Wöchnerinnen ist die Frage ganz besonders kompliziert. Der Fötus steht in weitgehendem Stoffaustausche mit seiner Mutter. War er vom Vater her syphilitisch infiziert und bildete er in seinem Organismus die hemmenden Substanzen, so war die Möglichkeit gegeben, daß sie von ihm zur Mutter übertraten und auch ihrem Serum hemmende Eigenschaften verliehen, ohne daß die Mutter selbst Spirochäten beherbergte. Waren die Hämolyse hemmenden Körper, deren chemische Natur uns ja noch heute unbekannt ist, etwa Immunkörper, so war die positive Reaktion der Mutter der Ausdruck ihrer vom Kinde aus erfolgten Immunisierung, die positive Reaktion war geradezu die biologische Bestätigung des Collesschen Gesetzes. So haben z. B. Bab und

Opitz die positive Reaktion der Mutter gedeutet. Waren aber die Hämolyse hemmenden Körper luetische Toxine oder Antitoxine, dann reagierte zwar die Mutter der luetischen Frucht positiv; sie war aber spirochätenfrei, also nicht luetisch, sondern gesund, wenn auch nicht immer immun. Diese Vieldeutigkeit der positiven Reaktion bei der Mutter eines syphilitischen Kindes beeinträchtigte natürlich stark ihren Wert für die Ermittlung der Vererbungsgesetze.

Besseren Aufschluß erbrachte die gleichzeitige serologische Untersuchung von Mutter und Kind. Bei dieser Anordnung der Untersuchungen hat sich herausgestellt, daß Mutter und Kind serologisch verschieden reagieren können. Ich sah in einer nicht geringen Anzahl von Fällen die Mutter positiv, die Frucht negativ und umgekehrt, das Neugeborene stark positiv und die Mutter negativ reagieren.

Ein Übergang der hemmenden Substanzen von Mutter auf Kind und umgekehrt findet somit überhaupt nicht statt. Der Hämolyse hemmende Körper wird in dem Organismus gebildet, in dem er gefunden wird. Die Plazenta bildet eine unüberschreitliche Schranke für diese Stoffe.

Mit dieser Feststellung war der Beweis geliefert, daß die Mütter dieser luetischen Kinder selbst luetisch sind. Sie reagieren zu 88% positiv, etwa ebenso häufig wie latent syphilitische Menschen. Wir konnten bei rund 250 Müttern syphilitischer Kinder diese Tatsache durch die serologische Prüfung ihres Blutes feststellen.

Tatsächlich beherbergen diese latent luetischen Frauen Spirochäten in ihrem Körper, und zwar im maternen Anteil der Plazenta.

Wir haben nun 100 Plazenten syphilitischer Kinder auf Spirochäten untersucht. Mein Mitarbeiter, Herr Trinchese, hat sich auf meine Anregung dieser mühevollen Arbeit unterzogen. Alle 100 Plazenten enthielten Spirochäten, und zwar sowohl im kindlichen als auch im maternen Anteil und alle Mütter, die positiv reagierten, hatten auch Spirochäten in der Nachgeburt. Die Spirochäten sind freilich sehr dünn gesät. Herr Trinchese hat nicht selten 200 bis 250 Präparate einer einzigen Plazenta durchgesehen, bis er endlich auf eine Spirochäte stieß (Demonstration von Präparaten und Photographien), die Spirochäten im mütterlichen Blut und deren Übergang aus einem Kreislaufe in den andern zeigen.

Wir können also in der Tat von einer vollkommenen Übereinstimmung der bakteriologischen und der serologischen Ergebnisse sprechen.

Diese Ergebnisse lassen nur eine Deutung zu und die Vererbung der Syphilis bietet auf Grund dieser Feststellung jetzt keine Schwierigkeiten mehr. Vom Manne wird die Erkrankung auf die Frau übertragen: von ihr gehen durch die Plazenta die Spirochäten auf die Frucht über. Hier finden sie einen ihnen offenbar zusagenden und wenig Widerstand leistenden Nährboden. So tritt sehr häufig schon vor Ende der Schwangerschaft der Tod der Frucht ein. Wird die Mutter erst nach der Konzeption infiziert, so kann noch im vorletzten Monat der Schwangerschaft die Frucht an Lues erkranken. Aber jede Mutter, die ein kongenital-luetisches Kind zur Welt bringt, ist selbst luetisch. Eine gesunde Mutter kann kein luetisches Kind gebären.

Ein Teil dieser Mütter hat deutlich nachweisbare Zeichen der Lues. Ein anderer Teil dagegen, und zwar 30 bis 50% bei den einzelnen Autoren, befindet sich im Latenzstadium der Lues ohne klinische Zeichen einer Erkrankung.

Bei diesen ist es gerade die Geburt eines syphilitischen Kindes, durch die ihre Lues entlarvt wird. Das mazerierte Kind wird zum Verräter der mütterlichen Lues.

Weil alle diese Mütter syphilitisch sind, so sind sie auch unempfänglich gegen neue Infektion. Sie können ihr syphilitisches Kind, das offene Lues hat, stillen, ohne je selbst infiziert zu werden. Niemals

bekommen sie einen Primäraffekt. Man kann solchen Müttern direkt in Hautläsionen syphilitisch infektiöses Material einimpfen, sie erkranken nicht. Solche Experimente sind tatsächlich am Menschen gemacht worden, stets mit negativem Erfolge.

So sehr nun aber diese Auffassung im Einklange mit der gesamten übrigen Pathologie der Vererbung steht, so scheinen ihr doch einige klinische Erfahrungen strikt zu widersprechen, Erfahrungen, die ich bereits erwähnt habe.

1. Zunächst will es kaum verständlich erscheinen, daß so viele dieser positiv reagierenden Mütter sicher syphilitischer Kinder in ihrer Anamnese keine luetischen Erkrankungen aufweisen und auch objektiv nicht die geringsten Zeichen von Lues an sich tragen.

Doch wird sich darüber nur derjenige wundern, der der Meinung ist, daß man einem Luetiker im Latenzstadium die Krankheit ohne weiteres ansehen könne. Es darf ferner nicht vergessen werden, daß bei Frauen der Primäraffekt in zirka 20% der Fälle an der Portio sitzt und die zugehörigen Drüsen, nicht die Leistendrüsen, sondern die iliakalen und die hypogastrischen sind, deren Induration nicht nachzuweisen ist. Eine Roseola und Angina wird außerordentlich leicht übersehen oder anders gedeutet, besonders wenn die Frauen nicht den entferntesten Grund haben, an eine Infektion zu denken, deren Symptome ihnen ja zudem völlig unbekannt sind. Bei jungen, gesunden und kräftigen Individuen, wie es die Mütter luetischer Kinder doch in der Regel sind, kann die Lues zudem sehr leicht verlaufen. Die Erfahrungen der Psychiater, die gleichfalls bei tabischen Frauen häufig genug keine auf Lues verdächtige Anamnese erheben können, beweisen weiterhin zur Genüge, daß das primäre und sekundäre Stadium der Lues unbeachtet von den Patientinnen ablaufen kann.

Sonach hat man, glaube ich, kein Recht, die anscheinende klinische Gesundheit der Mutter syphilitischer Kinder, wie es zuweilen noch immer geschieht, als Stütze der Theorie von der paternen Vererbung zu betrachten.

2. Die weitere Tatsache, daß in einer Ehe, aus der zunächst nur syphilitische und mazerierte Kinder hervorgegangen sind, nach einer gründlichen antiluetischen Behandlung des Mannes ohne Behandlung der Frau klinisch gesunde Kinder geboren werden oder daß eine Frau mit ihrem ersten luetischen Manne mazerierte Kinder, mit einem zweiten gesunden Manne gesunde Kinder erzeugt, ist gleichfalls kein ausschlaggebender Beweis für die paterne Vererbung; denn einmal ist ein Teil dieser Kinder nur scheinbar gesund, in Wirklichkeit, wie die serologische Untersuchung ergibt, latent luetisch. Weiterhin wissen wir, daß die Lues auch ohne Behandlung in vielen Fällen sich im Laufe der Jahre abschwächen kann. Befindet sich die Mutter während der Schwangerschaft zufälliger- und günstigerweise gerade in einer Latenzepoche, wo die Spirochäten nur in einzelnen Depots da und dort im Organismus festliegen, so bleibt auch die Frucht naturgemäß verschont und wird gesund geboren.

Den Beobachtungen, die scheinbar für die paterne Vererbung sprechen, stehen übrigens andere gegenüber, die sich mit dem besten Willen nicht für die Theorie der rein väterlichen Vererbung verwerten lassen, so die Tatsache, daß klinisch vollkommen gesunde Mütter mit ihrem ersten luetischen Manne luetische Kinder zeugen und dann weiterhin in einer zweiten Ehe mit einem gesunden Manne gleichfalls nur luetische Früchte zur Welt bringen.

Die alte Fingersche Theorie muß somit definitiv fallen gelassen werden. Alle Mütter syphilitischer Kinder sind selbst luetisch, zur Hälfte manifest, zur Hälfte latent. Das Collesche Gesetz, daß die Mutter einer luetischen Frucht gegen Syphilis immun ist, besteht vollkommen zu Recht und zwar aus dem einfachen Grunde, weil

eben die Mutter bereits Syphilis hat. Ausnahmen des Colleschen Gesetzes gibt es nicht.

Wie steht es nun mit den Kindern? Ist auch jedes Kind, das von einer luetischen Mutter abstammt, selbst wieder luetisch?

Wir sehen, daß von ausgesprochen syphilitischen Müttern zuweilen klinisch gesunde Kinder geboren werden. Diese Kinder erweisen sich immun gegen syphilitische Ansteckung. Sie werden von der luetischen Mutter gestillt und gepflegt und erkranken trotz innigster Berührung nicht an Lues. Diese auffallende Immunität der Kinder luetischer Mütter wurde bekanntlich von Propheta zum Gesetz erhoben.

Soweit diese Kinder tatsächlich trotz gegebener Infektionsmöglichkeit nicht an Lues erkranken, erklärt sich dies genau ebenso wie bei den Müttern. Diese Kinder sind latent luetisch. Das bestätigt auch die serologische Untersuchung, die in solchen Fällen häufig schon gleich nach der Geburt, manchmal erst einige Wochen später, positiv ausfällt. Unter meinen eigenen Beobachtungen verzeichne ich eine Reihe von Fällen, wo das Nabelschnurblut des Neugeborenen positiv reagierte, während das Kind klinisch vollkommen gesund war.

Doch gibt es zweifellos genug Fälle, wo luetische Mütter völlig gesunde Kinder zur Welt bringen. Das ist auch leicht verständlich und wird bewiesen durch die dauernd negative Reaktion und durch die Tatsache, daß solche Kinder später mit einem typischen Primäraffekt erkranken können.

Die Konsequenzen für die Prophylaxe der Luesübertragung sind leicht zu ziehen. Sie sind der bisher üblichen Therapie allerdings so ziemlich entgegengesetzt. Den Vater allein zu behandeln, wie dies noch Fournier verlangt, ist natürlich gänzlich zwecklos. In allen Fällen muß unbedingt die Mutter in erster Linie einer spezifischen Behandlung unterworfen werden.

Die alte Quecksilberbehandlung hat in diesen Fällen so gut wie völlig versagt. Natürlich haben einzelne Autoren in besonders konsequent behandelten Fällen über Erfolge zu berichten. An größerem Material gemessen sind die Resultate aber gleich Null. Eine der größten Statistiken verdanken wir Mewis aus der Braunschweiger Entbindungsanstalt. Er stellt bei nahezu 200 luetischen Müttern fest, daß von den behandelten Müttern 59, von den unbehandelten 60% syphilitische Kinder geboren wurden, daß also irgend ein Einfluß der Therapie nicht zu konstatieren war.

Was die Salvarsanbehandlung leisten wird, muß freilich auch erst abgewartet werden. Jedenfalls ist die Behandlung sehr viel einfacher und bequemer. Vor allem eignet sie sich auch für Schwangere und wir haben Schwangere in jedem Monat der Gravidität ohne die geringsten Nachteile mit relativ hohen Dosen Salvarsan (0·4 g) intravenös injiziert.

In fünf geeigneten Fällen habe ich nach der Salvarsanbehandlung bei Frauen, die früher luetische Kinder zur Welt gebracht hatten, die Geburt lebender und klinisch gesunder Kinder erfolgen sehen. Die Salvarsanbehandlung der Schwangeren ist somit dringend zu empfehlen.

Besonders eignet sich auch das Wochenbett zur Einleitung der Salvarsantherapie. Auch unsere Wöchnerinnen vertrugen, soweit sie fieberfrei waren, die Salvarsaninjektion durchaus gut.

Schwieriger ist die Behandlung der hereditär syphilitischen Neugeborenen und man hat sich naturgemäß gescheut, dem Säugling ein so differentes Mittel, wie es das Salvarsan darstellt, einzuverleiben. Mitteilungen von Taege, Duhot schienen einen angenehmen Ausweg zu eröffnen. Sie sahen rasche Besserungen eines luetischen Säuglings an der Mutterbrust, nachdem sie der Mutter Salvarsan injiziert hatten. Allein zu einer erfolgreichen Behandlung des Säuglings genügt es nicht. In mehreren Fällen haben wir daher

außerdem noch dem Säugling selbst Salvarsan injiziert und zwar intraglutäal in Einzeldosen von 0·15 g. In zwei Fällen habe ich sehr prompte Heilung eines schweren, prognostisch äußerst ungünstigen Pemphigus und volle, anhaltende Genesung eintreten sehen. Kretschel berichtet freilich auf Grund von 26 Beobachtungen, daß trotz anfänglicher, guter Besserung nach Monaten doch wieder ein Rezidiv eingetreten ist. Das ist ja bei einer älteren Lues der Erwachsenen gerade so und man wird eben dann die Injektion wiederholen.

Bei Erwachsenen habe ich das Salvarsan stets intravenös injiziert, bei Neugeborenen dagegen früher intraglutäal. Man sieht dann meist kleinere oder größere Nekrosen auftreten. Ich habe daher neuerdings, angeregt durch eine Mitteilung von Engelmann, auch beim Neugeborenen die intravenöse Injektion vorgenommen. Man legt eine Vene in der Ellenbogenbeuge frei und ich habe mich überzeugt, daß die kleine Operation in der Tat sehr leicht auszuführen ist. Engelmann hat 0·04 g injiziert. Als höchste Einzeldosis dürfte 0·05 g anzusehen sein.

Diskussion: v. Pfaundler: Der Vortragende schließt sich auf Grund seiner überzeugenden Präparate der heute herrschenden Lehre an, wonach das Colles'sche Gesetz durch stattgehabte Infektion der Mutter erklärt wird. Weshalb aber bleibt die angenommene plazentare Lues so häufig lokal und (auch in gut beobachteten Fällen) völlig latent? Könnte man nicht für manche Fälle annehmen, daß eine aktive Immunisierung der Mutter durch Antigene zustandekommt, die, aus den fötalen Spirochäten stammend, kein lebens- und vermehrungsfähiges Virus mehr darstellen? Die Wege der fötalen Infektion blieben dann freilich noch aufzuklären. Der Durchmesser der reifen Eizellen muß mindestens 10mal so groß sein, als die Spirochäte lang ist.

Angesichts der technischen Schwierigkeiten, die die intravaskuläre Salvarsanbehandlung bei manifest syphilitischen Neugeborenen findet, wäre daran zu denken, bei der Geburt eine in solcher Erwartung vorbereitete Salvarsaninjektion durch die Nabelvene vorzunehmen. In den meisten Fällen von kongenitaler Säuglingslues findet die Salvarsantherapie in der außerordentlich bequemen und wirksamen internen Quecksilberbehandlung doch wohl einen starken Konkurrenten.

Ausdrücke, wie „Vererbung der Syphilis" und „Lues hereditaria" sollten ausgemerzt werden.

Ranke: Im Anschluß an die Bemerkung von Prof. v. Pfaundler möchte ich auf die Möglichkeit einer rein statistischen Erklärung des Prozentsatzes der latent luetischen Mütter unter den zur klinischen Beobachtung kommenden kongenital luetischen Kindern hinweisen, bei deren Bestätigung der Rückgriff auf unbekannte Ursachen dafür unnötig würde.

Die kindliche Lues steht in einer deutlichen Korrelation zur mütterlichen Lues. Schwere Lues, die anamnestisch manifest ist, d. h. also auch jedem Laien auffallende Symptome macht, hat auch schwere Lues der Früchte, damit frühzeitiges Absterben in den ersten Schwangerschaftsmonaten, auch dauernde Unfruchtbarkeit zur Folge. In den geburtshilflichen Kliniken kommen aber doch weit vorwiegend Früchte aus den letzten Schwangerschaftsmonaten zur Beobachtung. Es muß daher in solchem Material der Prozentsatz der von vornherein leicht verlaufenden Formen der Lues unter den Müttern größer sein als unter der Gesamtmasse der luetischen Frauen überhaupt.

Ibrahim: Für die Lues der Säuglinge, die wir Pädiater in der Regel in Behandlung bekommen, leisten die früheren Behandlungsverfahren sehr Gutes; anders dagegen, wenn es sich um die Lues der Neugebornen handelt. Bei Kindern, die in den ersten Lebenstagen bereits manifeste Erscheinungen, speziell Pemphigus und hämorrhagische Diathese darbieten, ist nach meinen Erfahrungen die Quecksilberbehandlung geradezu machtlos und es wäre äußerst erfreulich, wenn sich die günstigen Erfahrungen des Vortragenden mit der Sal-

varsanbehandlung gerade in diesen Fällen weiterhin bewähren sollten.

Baisch: (Schlußwort).

5. **Georg Meyer:** *„Die Erfahrungen über Eiweißmilch an der Universitäts-Kinder-Poliklinik."*

Im ganzen wurden 28 Kinder mit Eiweißmilch ernährt, davon entfielen 17 auf die Station und 11 auf die Poliklinik. Von diesen Fällen gehören 13 in die Gruppe der Dyspepsie, 9 der Dekomposition zu. 3 Fälle waren Intoxikationen und 3mal lag ein ausgesprochener Mehlnährschaden vor. 2 Fälle von Dyspepsie waren kompliziert mit Bronchitis oder Furunkulose. Das durchschnittliche Alter bei Beginn der Eiweißmilchernährung betrug 11½ Wochen, das durchschnittliche Gewicht 3260 g.

Von den 28 Fällen war nur zweimal ein Mißerfolg zu verzeichnen, je einmal bei einer Intoxikation und einem Mehlnährschaden. In allen übrigen Fällen wurde mit der Eiweißmilch ein Erfolg erzielt.

Das Vorgehen bei Verabreichung von Eiweißmilch war das gewöhnliche. Bei Dyspepsien und Intoxikationen wurde eine Teediät von 12 bis 24 Stunden eingeschaltet, bei Dekompositionen und Mehlnährschäden wurde sofort mit der Verabreichung von Eiweißmilch begonnen, und zwar mit zirka 300 g pro Kilogramm. In den ersten Fällen wurde in den nächsten Tagen langsam um täglich 100 g, in späterer Zeit wurde schneller um täglich 150 bis 200 g gestiegen. Der Beginn des Nährzuckerzusatzes war sehr verschieden. In wenigen Fällen wurde schon am zweiten oder dritten Tage, in den meisten erst am fünften oder sechsten Tage damit begonnen. Fast in allen Fällen kam es bei einem Zuckerzusatz von 3 bis 4% zu genügender Gewichtszunahme, nur in wenigen Fällen betrug der Zuckerzusatz 5% und mehr. Bei älteren Kindern wurden außerdem Zusätze von Mehl oder Gries gemacht.

Die Dauer der Eiweißmilchernährung schwankt zwischen 12 Tagen und 8½ Wochen. Die Zunahme in dieser Zeit betrug im Durchschnitt 520 g. Umgesetzt wurden die Kinder meistens auf Malzsuppe, doch wurden auch andere Milchverdünnungen anstandslos vertragen.

Von den Kindern stehen 16 noch in Beobachtung der Poliklinik und zeigen, daß bei ihnen eine Dauerheilung ihrer Darmschädigung erreicht wurde.

Diskussion: Rommel.

Ibrahim: Die ausgezeichneten Erfolge, die wir von Anfang an mit der Eiweißmilch erzielen konnten, sind nur noch besser geworden, seit die neuen Vorschriften von Finkelstein das richtigste und zuverlässigste Vorgehen in klarer Weise gelehrt haben. Bei etwas älteren, stark untergewichtigen Säuglingen finde ich es allerdings mitunter zweckmäßiger, die Nahrungsmenge höher zu steigern als 200 cm pro Kilogramm Körpergewicht und dafür mit dem Kohlehydratzusatz in der Konzentration nicht allzuhoch (nicht über etwa 5%) hinaufzugehen.

G. Meyer (Schlußwort).

Sitzung vom 26. April 1912
im Gisela-Kinderspital.

6. **Klar:** *Demonstration eines partiellen Fibuladefekts bei einem 15jährigen Mädchen".*

Die sehr grazile Fibula hört an der Grenze zwischen dem mittleren und unteren Drittel der Fibula spitz auf und setzt sich in einen fibrösen Strang fort; dieser geht über in den vorhandenen Malleolus externus, der etwa 3½ cm lang ist; es fehlen etwa 8 cm von der Fibula. Interessant ist, daß man von dem Defekt erst Kenntnis erhielt durch die Röntgenphotographie einer Fraktur der Tibia in der Höhe, wo die

Fibula spitz aufhört. Im Alter von 2 Jahren war auch schon eine Fraktur derselben Tibia eingetreten und von zwei namhaften New Yorker Ärzten behandelt worden, die aber den Fibuladefekt nicht bemerkten. Die Patientin hatte immer leichten Plattfuß und trug deswegen eine Einlage, außerdem hatte sie immer das Gefühl, daß das Bein schwächer war als das andere. Ohne Zweifel bildete das Fehlen der die Tibia stützenden Fibula das prädisponierende Moment für das wiederholte Eintreten von Tibiafrakturen durch geringes Trauma. Diesmal war die Tibia durch einen Sprung von einem 30 cm hohen Schneehaufen erfolgt.

7. **Ibrahim:** „*Demonstration zur Pylorus-Stenosen-Frage.*"

Ibrahim stellt ein jetzt $3^1/_4$ Jahre altes Mädchen vor, das im Alter von 7 Wochen mit allen typischen Erscheinungen einer schweren Pylorusstenose ins Spital aufgenommen und bei interner Behandlung geheilt war. Das Kind hatte mit 1½ Jahren ein Pfennigstück verschluckt und nach 3 Tagen per vias naturales wieder entleert. Mit $2^1/_2$ Jahren verschluckte es ein 25 Pfennigstück (Röntgenbild). Auch diese Münze wurde, allerdings erst nach 3 Wochen, durch den Darm entleert. Diese Beobachtung verdient Beachtung in Hinblick auf die Weite des Pylorus lumens bei geheilter Pylorusstenose, ob man nun Spasmus oder Muskelhypertrophie als Grundlage des Leidens ansieht. (Wird in extenso noch veröffentlicht werden.)

Diskussion: v. Pfaundler: Die interessante Beobachtung ist mit den zitierten Untersuchungen über Pylorusmaße wohl nicht unvereinbar. Bei letzteren wurde ein kreisförmiger Pylorus angenommen, dessen Durchmesser leicht kleiner sein kann als der längere Durchmesser einer Ellipse, die der Pylorus beim Durchgange einer größeren Münze formieren dürfte. Ferner ist an die Möglichkeit einer „aktiven Diastole" und an die Entstehung höheren Druckes als bei der Messung in vivo zu denken. Redner hat gleichfalls seiner Überzeugung Ausdruck gegeben, daß bei der sogenannten Pylorusstenose manchmal gar keine wirkliche Stenose vorliegt, sondern die Austreibungsbehinderung verursacht ist durch die Einschaltung einer starren, hohlzylindrischen Masse in die Kontinuität des in gesetzmäßiger Weise sich bewegenden, kontrahierenden und erschlaffenden Verdauungsrohres.

Vogel: „*Demonstration einer marantischen Thrombose nach tuberkulöser Peritonitis.*"

Vogel stellt einen 14jährigen Jungen vor, der vor zirka 5 Monaten wegen einer Nabelfistel in Spitalsbehandlung gekommen war. Aus der Anamnese (tuberkulöse Familie), einem stark aufgetriebenen, empfindungslosen Abdomen, einem geringen Aszites, dem intermittierenden Fieber, stark positivem Pirquet wurde damals die Diagnose einer tuberkulösen Peritonitis gestellt, die unter der üblichen Behandlung nach zirka 10 Wochen zur Ausheilung kam. Patient war damals fieberfrei, ständig außer Bett und sollte entlassen werden, als ohne äußere Ursache, zunächst links, bald auch in der rechten Wade heftige Schmerzen auftraten, die besonders im Bereich der großen Nervenstämme angegeben wurden. In den nächsten Tagen wurden Venektasien an den Oberschenkeln und am Abdomen deutlich und die anfangs nur leichten Ödeme wurden so hochgradig, daß sie dem Patienten unerträgliche Schmerzen verursachten; da Medikamente, wie Morphium usw., vollständig versagten, wurden an den Unterschenkeln Skarifikationen angelegt die einen sehr guten, allerdings nur vorübergehenden Erfolg hatten. Nach zirka 10 Tagen ersetzte sich die Flüssigkeit wieder und zugleich klagte der Junge über heftige Schmerzen im Verlaufe des Gefäßnervenbündels am Oberschenkel, die besonders heftig bei Berührung wurden. Die Gefäße selbst konnte man als höckrige Stränge abtasten. In diesem Zustand wird Patient

demonstriert mit starken Ödemen der unteren Extremitäten, der Genitalien und des Bauches und Rückens und mit leichteren Ödemen des Gesichtes. Da weder das Herz, das vollständig intakt erschien, noch die Nieren, — der Urin war stets absolut eiweißfrei —, eine Erklärung für die starken Ödeme gaben, wurde die Diagnose auf marantische Thrombose nach tuberkulöser Peritonitis gestellt, mit hauptsächlicher Lokalisation in den Beinvenen. Die Frage einer wandständigen Thrombose eines Sinus wurde wegen der Gesichtsödeme und heftiger Kopfschmerzen in Erwägung gezogen.

Diskussion: v. Pfaundler fragt an, ob die Gesamtnierenfunktion eine suffiziente ist, ob halbseitige Nierentuberkuose mit Ureterenverschluß und Amyloidose der Nieren auszuschließen ist.

Hüttenbach: Ist eine bakteriologische Blutuntersuchung gemacht?

Vogel: (Schlußwort) Der Mangel auch der geringsten Empfindlichkeit in der Nierengegend ließ uns von der Diagnose Nierentuberkulose wieder abkommen.

Eine Blutaussaat war nicht gemacht worden.

Ibrahim stellt vor:

a) Endogene Fettsucht bei zurückbleibendem Längenwachstum. 10½ Jahre altes Mädchen, 112 cm hoch, 25.700 g schwer.

Eine Reihe von Zügen im Krankheitsbild weist auf die Schilddrüse hin, Gesichtsausdruck, etwas tiefe Stimme, leichte Obstipaton; dagegen zeigt die Skelettentwicklung im Röntgenbild keine Rückständigkeit; Schilddrüse zeigt normalen Palpationsbefund. Genaues über den Beginn des Leidens war nicht zu eruieren; doch datiert es in die ersten Lebensjahre zurück: das Kind war noch nie reinlich. Es wurde wegen Bettnässens ins Spital eingeliefert. Die Intelligenz ist erheblich rückständig. Sie kann schreiben und lesen. Augen zeigen starke Myopie und Astigmatismus. Wassermann negativ. Pirquet stark positiv. Blutbefund: 5000 weiße Blutkörperchen, darunter 36% Lymphozyten, 59% Polynukl. Radius zeigt keine Neandertalkrümmung. Röntgenbild des Schädels läßt kein abnormes Verhalten des Türkensattels erkennen. Unterkiefer steht vor dem Oberkiefer. Keine Nabelhernie. Auffallend ist, daß sich bereits Scham- und Achselhaare entwickeln. Assimilationsgrenze für Traubenzucker bei 100 g, für Lävulose bei 30 g. Auf 0·2 einer 0·1% Adrenalinlösung subkutan wird Zucker im Urin entleert. Auch beim Instillationsversuch ins Auge erweist sich das Kind als adrenalinempfindlich. Auf Schilddrüsenverabreichung blieb die Enuresis in wenigen Tagen aus, das Körpergewicht nahm weiter zu. Vortragender faßt den Fall als Folge pluriglandulärer Funktionsstörung auf und denkt an eine Folge der tuberkulösen Infektion im Sinne der Tuberculose inflammatoire Poncets.

b) Hypothyreose. 9 Jahre altes Mädchen, 99·5 cm lang, 19.300 g schwer.

Geht in die Hilfsschule. Typischer Gesichtsausdruck, dagegen kein Myxödem. 3 Knochenkerne im Handgelenk. Keine Nabelhernie keine Obstipation. Stimme normal. Assimilationsgrenze für Traubenzucker zwischen 100 und 150 g, für Lävulose bei 30 g. Auf Adrenalin (0·00002 subkutan) keine Zuckerausscheidung. Auf Adrenalininstillation ins Auge keine Pupillenerweiterung. Sehr ungewöhnlich ist die abnorm stark entwickelte Muskulatur (Gnomenmuskeln) sowie die exquisit vorhandene Katalepsie. Letztere Erscheinung wurde schon vor Jahren bei dem Kinde festgestellt. Vortragender deutet diese Erscheinung als Folge mangelnden Ermüdungsgefühles. Es besteht kein Stupor, sondern die passiv erteilten Stellungen werden offenbar willkürlich, aber geradezu unbegrenzt lange festgehalten. Dieses Phänomen der Nichtermüdbarkeit (Résistance à la fatigue)

ist nach neueren Untersuchungen von Collin ein infantiles Symptom, ein Durchgangsstadium in der Entwicklung der motorischen Funktionen im ersten Kindesalter und bei Kindern im 2. und eventuell 3. Lebensjahr als physiologische Erscheinung anzutreffen (Demonstration des Colinschen Phänomens an einem zweijährigen Kinde).

Wolff berichtet über den Befund, den er in psychischer Hinsicht bei den beiden letztvorgestellten Kindern erheben konnte. Bei ersterer (V.) ließen Stereotypien und Gemütsstumpfheit an Hebephrenie denken, Paralogien und Schriftfehler erinnerten fast an Paralyse. Da sich für letztere aber sonst kein Anhaltspunkt fand und gegen Hebephrenie das Alter der Patientin sprach, mußte auf Grund der Intelligenzprüfung die Diagnose auf Schwachsinn gestellt werden, ebenso bei der zweiten Patientin (H.), bei der die Intelligenzprüfung ein viel schlechteres Resultat ergab. Bei beiden Kindern hat Vortragender im Anschluß an die Arbeiten von Goett Assoziationsversuche vorgenommen. Er fand bei der ersten Patientin (V.) auch hierbei die typischen Schwachsinnszeichen: 50% Wiederholungen, von denen fast die Hälfte durch das Wort „Kinder" gebildet wurde, ferner eine Verlängerung der Reaktionszeit, derart, daß die Mehrzahl der Reaktionen in der 3. Sekunde erfolgte, auch die Bevorzugung der prädikativen Assoziationen, die 66% aller Reaktionen ausmachte, die Seltenheit des Koordinationsmodus — 5% — und die überwiegende Beanspruchung der Felder S. A., A. S., V. S. im Münsterbergschen Schema, in dem auch die Menge der Adjektiva auf den ersten Blick auffällt, schließlich das Vorkommen von 65% innerer Assoziationen.

Sehr interessant ist nun, daß die zweite Patientin (H.), deren Intelligenzprüfung ja bedeutend schlechtere Resultate gab, beim Assoziationsversuch viel weniger Schwachsinnszeichen bot: nur 33% prädikative Assoziationen, dagegen in 40% Koordinationsmodus und sogar 15% Kontrastassoziationen, nur 35% Wiederholungen und selbst 1 Reimassoziation. Im Münsterbergschen Schema fand sich eine ziemlich gleichmäßige Verteilung und die bei höheren Schwachsinnsgraden nicht vorkommende Beanspruchung von S. S., A. A., V. V. Kolossal verlängert gegenüber der Norm ist aber die Reaktionszeit — bis zu 30 Sekunden in einzelnen Fällen. — Demonstration der Schriftproben und der bei den Assoziationsversuchen gewonnenen Kurven und Tabellen.

Diskussion: v. Pfaundler hätte kein Bedenken vom klinischen Standpunkte aus, auch den erstvorgestellten Fall wegen der bestehenden Cutis laxa, der charakteristischen Psyche, des unverkennbaren Habitus und der Schlaffheit und Überstreckbarkeit der Gelenke in die Gruppe des frusten Myxödems einzureihen.

Klar bemerkt, daß das Röntgenbild des Handgelenkes der 2. Patientin nur 3 Knochenkerne zeigt, also etwa der Grenze zwischen dem 3. und 4. Lebensjahr entspricht, obwohl die Patientin 9 Jahre alt ist.

Ibrahim: (Schlußwort.) Die 7 Knochenkerne im Handgelenk und die Gewichtszunahme bei Schilddrüsenfütterung sprechen gegen Pfaundlers Ansicht über den ersten Fall.

Ibrahim demonstriert:

c) Kongenitale-Starre. 3 Monate altes Kind. Keine Asphyxie oder Schwergeburt. Geringe Mikrozephalie. Auffallend ist, daß bei Muskelanspannung (Überkreuzen der Beine) keine Spitzfußstellung, sondern Hakenfußstellung eingenommen wird; Vortragender hat das auch bei einem andern Fall von zerebraler Diplegie im Säuglingsalter beobachtet, während die Littlesche Krankheit sonst mit exquisiter Spitzfußstellung einhergeht. Die Differentialdiagnose solcher Fälle gegenüber Tetanie und Pseudotetanus ist keineswegs leicht.

d) Eitrige Parotitis bei einem frühgeborenen Kinde (1900 g) mit Ophthalmoblenorrhöe. Die Parotitis stellte

sich mit den typischen Symptomen des Eiterausflusses aus dem Ductus Stenonianus am 10. Lebenstag ein (keine Gonokokken); sie heilte unter Thermophoranwendung. Das Kind ist künstlich (mit Buttermilch) ernährt. Ätiologisch kommen vielleicht traumatische Schädigungen durch die Fütterungsschwierigkeiten in Betracht. Hinweis auf zwei ähnliche Fälle (mit tödlichem Ausgang), die im Gisela-Kinderspital beobachtet und von Bretschneider publiziert wurden. Die eitrige Sialoadenitis ist eine typische Erkrankung der Neugeborenen und verdiente als solche besondere Beachtung.

Sitzung vom 24. Mai 1912.

9. **Vogel** berichtet über das *Sektionsergebnis des in der letzten Sitzung demonstrierten Falles.*

Es hat sich im wesentlichen eine Bestätigung der klinischen Diagnose gezeigt, eine wandständige Thrombose der unteren Hohlvene und beider Nierenvenen und eine obturierende Thrombose der Vena cava inferior nach den unteren Extremitäten. Außerdem fand sich noch eine obturierende Thrombose des Sinus transversus dexter. Der Kollateralkreislauf war hauptsächlich im Gebiet der Sakralgefäße entwickelt. Die Eingangspforte für die Infektion war der Darm. Es handelte sich um eine primäre ulzerierende Darmtuberkulose. Von sonstigen Organveränderungen fand sich nur eine parenchymatöse Degeneration der Leber und fettige Degeneration der Nieren.

10. **Trumpp:** *„Rectaler Schleimepithelpfropf und Darmstenosen beim Neugeborenen“.*

Trumpp beobachtete bei einer 3 Tage alten Frühgeburt den Abgang eines 7 cm langen Schleimepithelpfropfens, in dessen Innern sich massenhaft größere und kleinere feste Schleimkugeln und reichlich kohlensaurer Kalk, jedoch kein Fibrin fand. Das Kind ging an Darmstenosen im Bereich der ersten Jejunumschlinge trotz operativen Eingriffes zu grunde. Trumpp behandelt auf Grund eigener Erfahrung an 3 Fällen von angeborener Darmstenose folgende Fragen:

1. Wie entstehen die angeborenen Dünndarmstenosen?
2. Ist es möglich, den Sitz der Stenose intra vitam mit einiger Sicherheit zu bestimmen?
3. Soll man in solchen Fällen operativ eingreifen und von welchem Verfahren ist Aussicht auf Erfolg denkbar?

Trumpp schlägt vor, bei Dünndarmstenosen die Gastroenterostomie zu versuchen. Der Vortrag erscheint im Jahrbuch für Kinderheilkunde.

Diskussion: A. Schmidt.

v. Pfaundler berichtet im Anschluß hieran über zwei im Laufe eines Jahres an der Klinik zur Beobachtung gekommene Fälle von angeborenem Darmpassagehindernis, die einem in der pädiatrischen Literatur anscheinend noch nicht bekannten Typus angehören. In beiden Fällen handelt es sich um Kinder, die — ohne sonstige äußerlich wahrnehmbare Krankheitszeichen oder Mißbildungen zu bieten — bald nach der Geburt durch Fehlen jeden Mekoniumabganges und Stuhles aufgefallen waren. Es stellt sich alsbald Erbrechen von schwarzbraunen, gallehaltigen, nicht deutlich fäkalen Massen ein, das mit zunehmender Häufigkeit und Mächtigkeit erfolgt. Das Abdomen wurde gleichmäßig aufgetrieben und ließ Dünndarmperistaltik sehen. Die Analöffnung war in beiden Fällen durchgängig; man konnte mit einer notizbuchbleistiftdicken Sonde 10 beziehungsweise 15 cm weit vordringen. In dieser Höhe stellte sich ein unüberwindlicher Widerstand ein. Die herausgezogene Sonde war von einer weißlich schmierigen Masse (vorwiegend Epithelien und Schleim) belegt. In beiden Fällen wurde am 4. beziehungsweise 6. Lebenstage operiert.

In Fall 1 wurde (an der unter Leitung von Prof. D. W. Herzog stehenden chirurgischen Abteilung der Klinik) nach Resektion des Steißbeines das Rektum freigelegt, dieses 15 cm oberhalb der Wunde völlig durchgängig gefunden. Das Hindernis mußte also weiter oben sitzen. Die Laparatomie wurde verweigert. Tod am 5. Lebenstage.

In Fall 2 wurde laparatomiert. Das Peritoneum war blaurot verfärbt, die Därme hämorrhagisch infarziert. Das S romanum stellte sich als kaum bleistiftdicker wurmförmiger Strang ein. Das Lumen des Enddarmes verengerte sich vom Rektum aus nach oben sukzessive, so daß einem vom After aus eingeführten und von der Bauchwand aus vorgeschobenen Bougie ein allmählich zunehmender Widerstand entgegenstand, der etwa 25 cm vom After in der Mitte des Kolon transversum nicht mehr überwunden werden konnte. Der Darm war an dieser Stelle starr, eng. Oberhalb waren die Därme stark gefüllt, unterhalb leer. Eine Enteroanastomose mißlang wegen der zundrigen Beschaffenheit der Darmwandungen. Anus praeternaturalis. Tod am 6. Lebenstage.

Ein ganz ähnlicher Befund wie hier bei der Operation fand sich im Falle 1 bei der Obduktion: Bis zur Bauhinschen Klappe waren die Därme mächtig gedehnt, dunkelblauschwarz verfärbt, mit klebrigem Kot gefüllt, in ihrer Wand sehr brüchig. Im Kolon ascendens wurde das Lumen immer enger bis zum Verschwinden, die Wandungen immer weniger dehnbar.

In beiden Fällen handelte es sich nicht um eine Atresie, sondern entweder um eine angeborene Verdickung und Starre oder um einen persistenten Spasmus der Kolonwand im aufsteigenden beziehungsweise queren Schenkel. In pathogenetischer Beziehung liegen hier vielleicht ähnliche Fragen vor wie bei der hypertrophischen Pylorusstenose.

Die histologische Untersuchung ist noch im Gange.

11. **Josef Meyer:** *„Demonstrationen zur Geschichte der Kinderheilkunde"*.

J. Meyer gibt hierzu folgende Notizen:

Prähistorische Zeit.

Puschmann (Handbuch v. Neuburger und Pagel):

„Wir besitzen aus jener Periode nur wenige Dokumente über die Heilkunst, aber sie zeichnen ein deutlicheres Bild der pathologischen Vorgänge, als es Worte vermögen: Es sind die Schriftzüge, welche die Krankheiten und Verletzungen auf den prähistorischen Knochen zurückgelassen haben..... wir sehen Gelenkentzündungen mit Verdickungen und Wucherungen der Knochensubstanz, Verkrümmungen der Knochen, die durch Rachitis hervorgerufen wurden, und krankhafte Veränderungen, welche auf Lues hindeuten."

Scheuchzer (Schweizer), 1731—1735, Physica sacra:

Platte aus den Öninger Schieferbrüchen.

„Der Unglücksmenschenrest wird gleichfalls ausgegraben,
Wodurch wir mehrern Grund zu der Verschüttung haben."
„Betrübtes Reingerüst von einem alten Sünder,
Erweiche Stein und Herz der neuen Bosheitskinder".

Frage der Rachitis.

Ranke, Bd. II, S. 438: Neandertalschädel.

Virchow stellte fest, daß der Schädel einem sehr alten Manne angehört haben müsse und daß das Individuum ein im allgemeinen pathologisches war, dessen Krankheitszustände auf die Gestaltung der einzelnen Knochen einen erkennbaren Einfluß ausgeübt haben. Die Untersuchung ergab, daß schon

in früher Zeit der Körperentwicklung des Neandertalers eine Störung des Knochensystems stattgefunden hat, welche Virchow auf jugendliche Rachitis bezieht. Virchow sah in der Rachitis ein prädisponierendes Moment für die im Alter auftretende Arthritis deformans.

Virchows Ansicht nicht unwidersprochen.

Stölzner, Übersicht über die Entwicklung der Rachitis, S. 5: Pathologie und Therapie der Rachitis.

„Die Literatur der Rachitis beginnt erst mit der Mitte des 17. Jahrhunderts. Die Stellen in älteren Schriften, die man versucht auf Rachitis zu beziehen, sind so vieldeutig, daß sie eine nachträgliche Diagnose der Zustände, die den Autoren vorgelegen haben, nicht gestatten. Auch der Buckel des Äsop scheint mir das Vorkommen der Rachitis im Altertum nicht zu beweisen, der ebensowohl als das Residuum einer tuberkulösen Spondylitis aufgefaßt werden kann."

Glisson, Erste wissenschaftliche Darstellung der Rachitis. Professor in Cambridge, 1597—1677.

Verbreitung der Rachitis in England.

Londoner Medizinalkollegium übergibt die Untersuchung der Krankheit einer Kommission:
Glisson,
Bate,
Regemonter.
Hauptanteil Glisson.

De Rachitide sive Morbo Puerili, Tractatus.

Ausgaben: 1650 (Haller-Vierordt) 1660—71—82.

Inhalt: Pathologie und Therapie.

Verkrümmungen am Skelett, Wirbelsäule, Tibien, Thoraxdeformität.

Komplikationen: Lungen- und Darmerkrankungen, Beziehungen der Rachitis zur Syphilis und Skrophulose.

Wesen der Rachitis: Alogotrophia d. i. Schwäche der festen Teile und Trägheit der Lebensgeister.

Sitz im Rückenmark.

Ätiologie: Erbliche Anlage.

Einfluß des Lebensalters, diätetische Schädlichkeiten, feuchtkalte Wohnung.

Rachitis ist bei wohlhabenden Eltern häufiger als bei ärmeren.

Glisson nicht das erste Werk über Rachitis.

Arnold de Boot (1606—1653) schildert 1649 meisterhaft die Rachitis als eine in England und Irland seit einigen Jahren bekannt gewordene Krankheit, die aber auch in Frankreich alljährlich Tausende von Kindern befalle.

Beschrieben wurde die Krankheit (nach Stölzner) auch noch von Whistler 1645, de Garanciers 1647.

Älteste deutsche Schrift über Rachitis:
Barth. Reusner: Diss. de tabe infantum. Basel 1582. Beschreibt eine in Holland und in der Schweiz häufige Krankheit der Kinder, bei welcher die Knochen gekrümmt werden, das Fleisch schwindet und krankhafte Eßlust sich einstellt.

Ist die Rachitis wirklich erst damals aufgetreten?

Giovanni Verardi Zeviani, Neapel 1775, S. 19, tritt dafür ein, daß schon die medizinischen Klassiker die Rachitis gekannt haben, insbesondere auch schon Hippokrates.

Hippokrates, de Articulis, S. 121 und de Dentitione S. 656.

Wenzel Trnka von Krzowitz, Geschichte der englischen Krankheit 1789, bestreitet, daß die Krankheit schon im Altertum bekannt war. 2. Kap., S. 6 usw.

Soranus, Ephesus, praktizierte in Rom, 2. Jahrhundert. (Trajan und Hadrian).

Gynäkologie des Soranus, übersetzt von Lüneburg, kommentiert von Medizinalrat Huber.

Kapitel 50, S. 83.

Ätiologie der Rachitis.

Wohnungsnoxe: Prähistorischer Höhlenmensch.

Schlechte hygienische und sittliche Einflüsse der Großstadt: Rom (Soranus).

Diätetische Schädlichkeit (künstliche Ernährung).

Anfänge der Naturwissenschaft.

Jatrochemiker.

Helmont, Faust des 17. Jahrhunderts. Frömmigkeit des gläubigen Katholiken vereinigt mit den freien Anschauungen des denkenden Naturforschers.

Bisher nur gestillt. Jetzt Milch chemisch betrachtet.

Früher bei Stillunfähigkeit Amme, jetzt künstlich.

Gefahr der Syphilisübertragung durch Amme. s. S. 1246/4.

Künstliche Ernährung, S. 1246/7. (Malzsuppe).

Johann Peter Frank 1780, S. 456. Vorschlag zur künstlichen Ernährung.

Gutachten der Pariser Fakultät 1680.

Zurück zur Urgeschichte der Medizin.

Der theurgisch-mystische Charakter beherrschte die Medizin aller Völker während der Periode ihrer frühesten Kulturentwicklung.

Priester, Zauberer, Überlieferung empirischer Heilkunde.

Die Priester schrieben ihre Beobachtungen in den Tempeln nieder.

Puschmann: Die Ergebnisse dieser Tätigkeit waren bestimmte Regeln für die Erkenntnis und Behandlung der Krankheiten, welche den folgenden Geschlechtern als Richtschnur, als Gesetz des ärztlicheln Handelns dienten. Das waren die ersten Lehrbücher der Heilkunde, der Beginn der medizinischen Literatur.

Was besitzen wir aus dieser Periode Wichtiges für unser Spezialgebiet?

Keilschriftmedizin.

Sumerische Medizin des Zweistromlandes.

Bibliothok von Niniveh. 20.000 Stück, bis jetzt 19 Stücke erkannt. Es wird eine Serie erwähnt:

Wenn ein Neugeborenes.

Ägyptische Medizin.

Papyrus Ebers, Leipzig, zirca 1550 v. Chr., Ältestes Buch über Heilkunde. Herausgegeben von Dr. H. Joachim, Berlin, 1890. Abschnitt XCVII, 13 bis 15. Pädiatrisches. S. 178.

Laktagogon-Prognose quoad vitam beim Neugeborenen.

Viel wichtiger der Papyrus 3027 des Berliner Museums.

Zaubersprüche für Mutter und Kind. Zirka 1300 v. Chr. Herausgegeben von Adolf Ermann, Berlin 1901.

Nur 3 eigentliche Rezepte (eine halbe Seite) Zauberformeln 1½ Seite).

Das Buch führt in die Wochen- und Kinderstube.

„Es ist ein Buch für die Krankheiten der Säuglinge und die Künste, die es überliefert, hat nicht der Oberarzt des Pharao ersonnen, sondern die Mutter, die sich um ihren Kleinen sorgt. Und in diesen Aberglauben des Frauenhauses hineinzusehen, ist schließlich doch lohnender als zum tausendsten Male zu lernen, was alles man mit Honig, Bier und Zwiebeln heilen kann."

Der Papyrus ist von zwei Händen geschrieben. Er enthält also zwei verschiedene Bücher.

Ein Buch für zwei Kinderkrankheiten, ein zweites Buch für die Geburt und die Krankheiten der Säuglinge. Das erste Buch war 6 Seiten lang, das zweite 15 Seiten.

Erstes Buch.

Der erste Spruch wendet sich gegen eine Krankheit usw., die etwa Schleim der Nase bedeutet.

Der zweite Spruch wendet sich gegen die Krankheit Temit.

Eine Krankheit, die Knochen zerbricht und Steine zersprengt.

Der dritte Spruch (C. S. 12). Sehr poetisch. (Siehe S. 13. Erklärung.)

Der fünfte Spruch S. 19, E. spricht von einer Krankheit, der Eiter und Geschwülste zugeschrieben werden. (Furunkulose?) Mastitis-Diphtherie?

Zweites Buch.

Spruch F S. 26. Die beiden Ziegel, auf denen die Gebärende nach ägyptischer Sitte saß. Spruch zur Erleichterung der Geburt.

„Einen Ka zu machen für dieses Kind = Seele."

Spruch H und I gegen die Krankheit Bec eine unbekannte Kinderkrankheit. Zwei Rezepte.

Folgen wieder Zaubersprüche.

Spruch L S. 30: Gekochte Maus und Amulett mit 7 Knoten.

Spruch O S. 36: Schutz einer Frau wegen der Milch.

Spruch P S. 39. Spruch vom Knoten für einen Säugling.

Sprüche Q, R, S, T. Gebet an den Gott der Sonne Re bei Sonnenaufgang und Sonnenuntergang, damit er die Todesgeister von dem Kinde fernhalte.

Spruch U S. 49. Jeder Gott schützt deinen Namen usw. gibt einen Einblick in die abergläubische Pflege des Säuglings.

Papyrus 3038. (Erman. Aus den Papyrus der K. Museen) S. 65: Serit eine mit Erbrechen verbundene Verdauungsstörung.

Sitzung vom 21. Juni 1912.

12. **Adam:** *„Angeborene Ösophagusstenose"*:

Adam demonstriert das Präparat eines Falles von angeborener Stenose des Ösophagus etwa in Höhe der Bifurkation. Der untere Teil mündet in die Trachea. Asphyktische Anfälle nach jedem Versuch der Nahrungsaufnahme. Die Sonde gelangt in den Ösophagus nur 9 cm vom Lippenrand gemessen. Röntgendurchleuchtung bei liegender Metallsonde ergibt das gleiche. Tod am 7. Tage an Aspirationspneumonie.

13. **Husler:** *„Demonstration von Sklerodermie"*.

Husler stellt einen 6jährigen Knaben mit Sklerodermie vor. Erkrankung ausschließlich der linken Körperhälfte. Fleckförmige

Ausbreitung auf Bauch, Brust, Oberarm, Hand, bandförmige entlang der Innenseite der ganzen unteren Extremitäten und dem Fußrücken, genau dem jeweiligen Hautnervenverlauf entsprechend. Sensibilität, Temperatursinn der erkrankten Partien erhalten bei aufgehobener Hautreflexerregbarkeit (spez. Kremaster-R.). Motilitätseinschränkungen an Knie- und Phalangealgelenken.

Diskussion: Trumpp und Husler.

Wanner. *Die Therapie der entzündlichen Mittelohrerkrankungen im Kindesalter.*

Die Erkrankung des Ohres im Kindesalter rechnen wir bis zum 15. Lebensjahr. Einige Besonderheiten und Abweichungen bieten hierbei die Erkrankungen des Säuglingsalters, auf die nicht eingegangen wird, da bereits in einem Vortrage vor 2 Jahren dieselben eingehend besprochen wurden.

Die Zahl der Kinder unter den Ohrenkranken ist an sich nicht sehr beträchtlich. Die Angaben sind sehr schwankend. So konnte Hesse 32%, Bezold dagegen nur 20% Kinder unter den Ohrenkranken feststellen. Diese große Differenz hat wohl in äußeren Momenten ihre Ursache, doch ist im allgemeinen die Gleichgültigkeit der Eltern gegen die Ohrenerkrankungen der Kinder im Laufe der letzten Jahre zweifellos geringer geworden.

Gegenüber den Erwachsenen finden sich auch bei den Kindern einige Unterschiede in der Häufigkeit der einzelnen Ohrerkrankungen. Während wir bei den Erwachsenen durchgehend bei den Ohrerkrankungen das Verhältnis von weiblichen zu männlichen Ohrkranken wie 4 : 6 haben, ist dasselbe im Kindesalter 5 : 6. An den Mittelohrerkrankungen, welche zirka 66% der gesamten Erkrankungen des Ohres ausmachen, haben die Kinder nur den Anteil von zirka 24%. Bei der Berücksichtigung der beiden Geschlechter finden sich 52·8% männliche gegen 47·2 weibliche kindliche Ohrenleidende, während bei den Erwachsenen die Zahlen 59% gegen 41% sind.

Zunächst gibt Vortragender einen Überblick über die einzelnen Erkrankungen des Mittelohres nach den in der Bezold schen Schule herrschenden Grundsätzen.

Besonders hebt Vortragender hervor, daß eine der häufigsten Erkrankungen im Kindesalter, nämlich der Tubenverschluß, fälschlich Tubenkatarrh genannt, nicht besprochen wird, da derselbe nicht durch entzündliche, sondern durch mechanische Vorgänge bedingt ist.

Die entzündliche Erkrankung des Mittelohres teilen wir ein in: Otitis media simplex acuta, Otitis media purulenta acuta, Otitis media purulenta chronica, bei letzteren unterscheiden wir solche mit sogenannter zentraler Perforation und solche mit randständiger Perforation, welche in weitaus den meisten Fällen mit Cholesteatom verbunden sind.

Weiter die Otitis media purulenta chronica phthisica. Zunächst wird die Ätiologie der akut entzündlichen Formen besprochen. Dieselbe ist bei der Otitis media simplex acuta und bei der purulenta acuta die gleiche. Die Grenze zwischen beiden bildet nur die Perforation, sei es, daß dieselbe spontan erfolgt oder daß dieselbe durch die Parazentese gemacht wird.

Die Entzündung der Mittelohrschleimhaut wird durch eitererregende Pneumo- und Streptokokken, seltener Staphylokokken und den Mukosus verursacht. In manchen Fällen sind die Influenza- und Typhusbazillen, manchmal auch das Bacterium coli die Erreger. Die Infektionen des Ohres, welche durch den Tuberkelbazillus verursacht werden, sind so charakteristisch, daß sie als eigene Erkrankung zu bezeichnen sind.

Die Entzündungserreger gelangen in den meisten Fällen durch die Tube in die Paukenhöhle, deren Räume im normalen Zustande frei von pathogenen Mikroben sind. Zum Schutze finden wir in der

Tube das Flimmerepithel. Der normale Tubenverschluß kann überwunden werden durch gewaltsames Ausschnauben, Husten, Niesen, Schluckbewegungen unter Wasser und namentlich bei ungeschickt angewandten Nasendouchen, so daß auf diese Weise eine Infektion der Paukenhöhle hervorgerufen werden kann.

Wanner warnt namentlich vor der Anwendung der Weber-schen und Heller schen Nasendouche.

Hatten die Mikroben bereits in der Nase oder im Nasenrachenraum eine nachweisbare Entzündung hervorgerufen, ehe sie in die Paukenhöhle gelangten, so handelt es sich um eine sekundäre, im gegenteiligen Falle um eine genuine Otitis media. Die Schwere der Erkrankung ist abhängig von der Art und der Virulenz der ursächlichen Mikroben sowie von der Widerstandskraft des Befallenen. Die schlimmsten Otitiden pflegen auf Streptokokkeninfektion zu beruhen. Die genuine Otitis scheint am häufigsten durch Pneumokokken hervorgerufen zu werden.

Das Krankheitsbild des akuten Stadiums ist sehr verschieden, je nach der Schwere der Infektion.

Bei den genuinen akuten Otitiden treten innerhalb weniger Stunden unter Frösteln und Ansteigen der Temperatur bis 39° und darüber bohrende und reißende Schmerzen im befallenen Ohre ein. Diese steigern sich namentlich bei Nacht, sie strahlen oft nach verschiedenen Richtungen und meist nach dem Scheitel, aber auch gegen das Auge und die Zähne aus. Das Allgemeinbefinden leidet stark. Nebenher tritt bald Schwerhörigkeit und oft das Gefühl des Klopfens synchron dem Pulsschlage ein. Die wahrnehmbaren Entzündungen beschränken sich nicht auf das Trommelfell, namentlich bei Kindern sehen wir oft eine Schwellung der Gehörgangswände und dadurch eine konzentrische Verengerung. Bei der Influenza bilden sich scharf umschriebene, flache Erhebungen, welche bläulich durchschimmern, die sogenannten Exsudatblasen. Schon am 2. oder 3. Tage kommt die Druckempfindlichkeit des Warzenfortsatzes hinzu. Außerdem finden sich namentlich bei Kindern häufig kleine Drüsenschwellungen im Warzenfortsatz und größere in der Fossaretromaxillaris.

Auch eine, wahrscheinlich toxische, Reizung der benachbarten Hirnhäute beobachtet man, namentlich bei kleinen Kindern und in erster Linie, wenn beide Ohren erkrankt sind. Ferner tritt dann und wann Somnolenz, Einbohren des Kopfes in die Kissen, auch Erbrechen und allgemeine Konvulsionen ein.

Bei der Besprechung der sogenannten sekundären Otitis wird besonders auf das häufige Auftreten derselben bei den verschiedenen Infektionserkrankungen des Kindesalters hingewiesen.

Die schlimmste Form derselben ist die Scharlachotitis, sie beruht meist auf einer Streptokokkeninfektion von den Scharlachanginen aus, namentlich wenn diese mit Ulzeration und Nekrose der Tonsillen, der sogenannten Scharlachdiphtherie, einhergeht. Die Neigung zur Nekrose zeigt sich dabei auch in der Paukenhöhle, so daß in schweren Fällen in wenigen Tagen das ganze Trommelfell zerfallen kann, die Gehörknöchelchen ihrer ernährenden Schleimhaut beraubt, ihre Verbindung gelockert und dann ausgestoßen werden können. Auch das Labyrinthfenster hält dem Krankheitsprozeß manchmal nicht stand, so daß auch die Endorgane des Akustikus zerstört werden, damit tritt natürlich Taubheit ein. Auch der Fazialis kann manchmal betroffen werden. Das Chronischwerden und Übergreifen der Entzündung auf den Knochen und auf den Schädelinhalt ist bei der Scharlachotitis besonders häufig.

Die schweren Scharlachotitiden beginnen gewöhnlich in der Zeit, in welcher das Exanthem ausbricht. Während der Abschuppung treten bisweilen leichtere Formen auf, die Haug als postskarlatinöse Otitis bezeichnet hat.

Ähnlich der Scharlachdiphtherie kann auch die echte Diphtherie, wenn auch selten, eine Otitis media hervorrufen, wahrscheinlich durch direkte Toxinwirkung. Häufiger als die echte Diphtherie haben lakunäre Anginen Otitiden zur Folge. Besondere Eigentümlichkeiten zeigt die Otitis media bei den Masern. Durch Sektionen der in Beginn dieser Krankheit verstorbenen Kinder ist festgestellt, daß sich die charakteristischen Katarrhe der Luftwege schon im Prodromalstadium stets durch die Tuben hindurch bis auf die Paukenhöhlenschleimhaut erstrecken, meist jedoch ohne Symptome hervorzurufen oder Spuren zu hinterlassen. Diese praktisch unwichtige Otitis muß auf Rechnung des Masernerregers gesetzt werden. Auch bei den Masern kommen oft schwere Otitiden, welche auf dem gewöhnlichen Wege der Tubeninfektion zustande gekommen sind, vor.

Die leichten oder abortiven Formen treten meist infolge von schwachinfektiösen Entzündungen in den Spalten einer hyperplastischen Rachenmandel auf. Bestand schon früher Tubenverschluß und dadurch ein Hydrops ex vacuo in der Pauke, so finden die eindringenden Infektionserreger eine günstige Nährflüssigkeit von Körpertemperatur vor und das keimfreie Transsudat wird in ein entzündliches Exsudat umgewandelt. Gerade bei solchen Kindern tritt die leichteste Form der Erkrankung unter dem Bilde des sogenannten Ohrenzwangs auf. Das Kind wird in der Nacht von stechenden Ohrenschmerzen geweckt. Die Untersuchung des Trommelfells läßt neben Entzündung der Membrana eine mäßige Gefäßinjektion in der oberen Hälfte und längs des Hammergriffes erkennen, die meist in wenigen Stunden samt den Schmerzen wieder verschwindet. In anderen Fällen sind solche abortive Entzündungen mit einer stark serösen Exsudation verbunden, die bisweilen schon in der ersten Nacht das Trommelfell durchbricht und am folgenden Tage wieder völlig versiegt.

Bei der Besprechung der Therapie erwähnt Vortragender nicht nur das, was gemacht werden soll, sondern weist besonders auf dasjenige hin, was man therapeutisch, besonders bei Behandlung der Kinder, besser unterläßt. Hauptsächlich warnt Vortragender vor der leider so ausgedehnten Polypragmasie. Die einfachste und am wenigsten reizende Behandlung im Ohre ist die beste. Eine zu häufige Behandlung ist zu unterlassen und namentlich ist dieselbe nie den Angehörigen in die Hand zu geben. Besonders ungünstig findet Vortragender die Anwendung von warmen Dämpfen, Leinsamen, Breiumschlägen, dann Eingießungen von Öl mit oder ohne Medikament (Karbolglyzerin), Kamillentee. Auch die Anwendung von Jodanstrich und Blutegeln am Warzenfortsatz widerrät Wanner, da dadurch diagnostische Irrtümer hinsichtlich einer Erkrankung des Warzenfortsatzes entstehen können. Weiter wendet sich Vortragender gegen die Anwendung der Tamponade des Gehörgangs mit Gazestreifen wegen der, namentlich bei Kindern nicht so selten dadurch veranlaßten Otitis externa. Ganz besonders aber warnt er vor der kritiklosen Anwendung der Parazentese, die, sicherlich namentlich im Säuglingsalter, zu häufig angewendet wird. Auf alle Fälle, wenn eine Parazentese in Frage kommt, soll dieselbe nur von einer ganz geübten Hand ausgeführt werden. Die Therapie, die Vortragender namentlich für die Kinder als besonders geeignet empfiehlt, ist die Bezoldsche Borsäuretherapie. Bei heftigen Schmerzen, sowohl bei Otitis media simplex als purulenta acuta, wird auf dem Warzenfortsatze die Eisblase appliziert. Außerdem empfiehlt Vortragender in beiden Fällen regelmäßig die Anwendung der Luftdouche nach Politzer.

In gleicher Weise wird die chronische Eiterung mit zentraler Perforation behandelt. Diejenige mit randständiger Perforation und Cholesteatom ist mit Hilfe des von Bezold modifizierten Hartmannschen Antrumröhrchens zu behandeln.

Bei Auftreten von Wucherungen empfiehlt Wanner die radikale Abtragung derselben mit Hilfe der Wildschen Schlinge

oder einer Kürette, widerrät aber eindringlichst die Anwendung irgendwelcher Ätzmittel, da die Tiefenwirkungen derselben und eventuelle Schädigungen nicht in der Hand des Arztes liegen.

Zum Schlusse gibt Vortragender noch einen kurzen Überblick über die Indikation der Eröffnung des Warzenfortsatzes bei akuten und chronischen Mittelohreiterungen, wobei er hauptsächlich auf die Wertlosigkeit und eventuelle Gefahr des Wildschen Schnittes im Kindesalter hinweist. Bei Cholesteatomen im Kindesalter, die nicht nach kurzer Behandlung zur Ausheilung kommen, empfiehlt Wanner möglichst bald die Ausführung der Radikaloperation.

Diskussion: Nadoleczny macht bezüglich der Ätiologie der Otitis auf die durch den Streptococcus mucosus hervorgerufenen Eiterungen aufmerksam, die besonders gefährlich sind, ferner auf die von französischen Autoren bearbeitete Varizellenotitis und auf jene Mittelohrentzündungen, die bei Kinderpneumonien auftreten und deren Bild komplizieren, beziehungsweise anfangs beherrschen. Hier darf man sich von der Parazentese zunächst keine Wirkung aufs Allgemeinbefinden versprechen, dennoch ist sie nötig. Außerdem gibt es Kinder, die sonst sehr gesund sind, aber eine auffallend individuelle Disposition zu Otitiden haben, die sich gewöhnlich im Pubertätsalter verliert. Die Anschauungen Wanners über die Therapie der Otitis werden von den Otologen der übrigen Welt kaum geteilt werden. An oberster Stelle sollte die Beseitigung des Schmerzes stehen, denn darauf beruht sicher zum Teil die Koupierung des Entzündungsprozesses. Arbeiten Briegers über die Wirkung von Wärme und Kälte auf die Temperatur im Warzenfortsatz haben gelehrt, daß eine Veränderung derselben weder durch Eis noch durch warme Umschläge zu erreichen ist. Arbeiten aus der Neisserschen Schule liefern den Nachweis, daß in den durch Wärme oder Eis vorbehandelten Hautschichten nach Kälteapplikationen histologisch keine Veränderung, nach Wärmeapplikation dagegen Hyperleukozytose auftritt. Demnach ist dort, wo Eis nicht vertragen wird, Wärme nicht kontraindiziert. Daß man durch Wärmeumschläge Komplikationen züchte, ist eine unbewiesene Hypothese, gegen welche die Resultate zahlreicher Kliniken sprechen. Mit Rücksicht auf die Psyche des Kindes ist in jenen Fällen von der Luftdouche abzusehen, in denen sie jedesmal einen Aufregungszustand heraufbeschwört, denn ihr therapeutischer Wert ist nicht so groß, daß er diesen Nachteil aufwöge.

Die schmerzstillende Wirkung warmer Einträufelungen steht außer Zweifel; da Karbolglyzerin den otoskopischen Befund allerdings trübt, ist das Thymolglyzerin vorzuziehen. Es wirkt in manchen Fällen ganz vorzüglich, soll aber natürlich nicht kritiklos angewendet werden. Das gleiche gilt vom Wasserstoffsuperoxyd. Was die Indikationen zur Parazentese betrifft, so gilt der Satz von der Verminderung der Hörschärfe nicht absolut. Ich habe einzelne Fälle sorgfältig beobachtet (unter sorgsamem Ausschluß des gesunden Ohres), die bis zum Durchbruch 3 bis 5 m Flüstersprache hörten. Wenn also andere Symptome die Parazentese gerechtfertigt erscheinen lassen, so darf der Hörbefund allein nicht in allen Fällen als Kontraindikation für diesen außerordentlich wertvollen Eingriff angesehen werden.

Seitz.

Adam glaubt, daß meist Eis der Wärmebehandlung vorzuziehen sei, und stellt an den Vortragenden die Anfrage, ob Einträufelungen von H_2O_2 bei Mittelohreiterungen irgend schädlich sein können.

Wanner (Schlußwort).

Sitzung vom 19. Juli 1912.

14. **Nassauer** (a. G.): *„Behandlung der Vulvovaginitis bei Kindern"*.

Wenn ich als Gynäkologe heute von Ihrer Gastfreundschaft Gebrauch mache und über die Behandlung der Vulvovaginitis

vor Kinderärzten einiges sage, so geschieht es fast ebensosehr aus dem Grunde, mich von Ihnen belehren zu lassen, als in der Absicht, Ihnen einiges Neue zu sagen.

Ich habe vor fast 4 Jahren zum ersten Male und seitdem des öfteren immer wieder in Vorträgen und Abhandlungen auf Grund vielfacher Versuche und Erfahrungen bei der Behandlung des vaginalen Ausflusses die bis dahin dominierenden Spülungen zu verdrängen versucht, den gedankenlos herrschenden Irrigator mit seinen problematischen „desinfizierenden" Flüssigkeiten auf sein bescheidenes Gebiet zurückzudrängen mich bestrebt und habe dafür eine Pulverbehandlung der Scheide angegeben.

Sie wissen wohl, daß mein Vorgehen allgemeinen Eingang in die Gynäkologie gefunden hat. Der Ausfluß jedweder Herkunft wird durch die vaginale Pulverbehandlung aufs günstigste beeinflußt oder beseitigt. Selbstredend muß vor allem die Ursache des Ausflusses erforscht werden. So wird ein durch ein Myom, eine entzündliche Adnexgeschwulst, durch Obstipation, durch Tuberkulose, Chlorose und andere Gründe bedingter Ausfluß dauernd erst durch Beseitigung der Grundursache verschwinden. S y m p t o m a t i s c h wird auch in diesen Fällen der Fluor durch die adsorbierende Wirkung der Pulver momentan beseitigt.

Das große Heer der Vulvovaginitiden, die in der Scheide selbst oder der Zervixschleimhaut ihre Ursache haben, wird k a u s a l durch kein anderes Verfahren besser und dauernder bekämpft und beseitigt als durch die Pulverbehandlung. Den Beweis hierfür habe ich in vielen Arbeiten geliefert und er ist verstärkt und befestigt worden durch eine große Anzahl von zustimmenden Arbeiten anderer Autoren und nicht zum letzten durch die ganz gewaltige Verbreitung des von mir zu dieser Behandlungsmethode angegebenen Instrumentes: des Sikkators durch die Ärzte.

Nun bin ich außerordentlich oft mündlich und schriftlich von Kollegen angegangen worden mit der Frage, ob meine Methode auch bei Kindern anwendbar sei. Während ich nun auf dem bayrischen Gynäkologentag zu Würzburg im Januar d. J. über fast 700 Einzelfälle von Fluor und deren Trockenbehandlung bei Frauen und Mädchen berichten konnte, sind meine Erfahrungen auf dem Gebiete der Vulvovaginitis der Kinder geringe, so daß ich die Anfragen nur ungenügend beantworten konnte. Darum möchte ich aus Ihren Erfahrungen lernen.

Soweit meine diesbezüglichen Kenntnisse reichen, handelt es sich bei den Kindern wohl meist um ursächliche Entzündungen in der Scheidenschleimhaut? Wenn auch Tumoren des Uterus, Sarkome, Tuberkulose usw. schon bei Säuglingen beschrieben sind, so tritt deren Zahl gegenüber der entzündlichen Erkrankung der Scheidenschleimhaut insbesondere der gonorrhoischen dermaßen zurück, daß für uns heute nur die letztere praktisch in Betracht kommt. Die Behandlung dieser Kindererkrankung besteht wohl in der Hauptsache in Einlegen von „desinfizierenden" oder adstringierenden Kakaobutterstäbchen. Diese Behandlungsmethode dürfte Sie aber ebensowenig befriedigen, wie sie uns Gynäkologen befriedigt und wie sie auf Grund unserer neuen Ansichten über die desinfizierende Kraft aller diesbezüglichen Mittel auch nicht befriedigen kann. Wir sind doch jetzt so weit gekommen, daß wir bei der Wundbehandlung die Desinfektion in der Weise betätigen, daß wir den Kokken und Bakterien, die wir mit Giften nicht ertöten können, durch Austrocknung und Fernhalten die Existenzmöglichkeit nehmen und damit ihre schädliche Tätigkeit. Diesen selbstverständlichen Gedanken auch für die infektiösen Scheidenerkrankungen nutzbar zu machen — und bei Kindern handelt es sich doch meist um solche Fälle —, war mein Gedanke.

Ich habe die altbewährte ganz indifferente B o l u s a l b a zu meinen Versuchen herangezogen. Ich blase dieses Pulver in die Scheide und erziele damit folgendes: die Bolus ist außerordentlich auf-

saugungsfähig. Sie wirkt adsorbierend und arretierend. Ihre feinsten Teilchen sind um ein mehrfaches kleiner wie die Bakterien und Kokken, so daß sie, feinst verstäubt, diese umhüllen und austrocknen und lebensunfähig machen. Nun aber handelt es sich darum, dieses Pulver auch überall dorthin zu bringen, wo es seine Wirksamkeit entfalten soll. Bläst man nun durch einen gewöhnlichen Bläser das Pulver in die Scheide oder legt — bei Erwachsenen — ein Pulversäckchen ein, so wird wohl ein großer Teil des Sekretes und auch der Kokken arretiert, aber die in den Tiefen und Buchten der gefältelten Schleimhaut liegenden Feinde und Sekrete bleiben unbeeinflußt. Darum muß dafür gesorgt werden, daß das Pulver allüberall hingelangt; es muß die Scheidenschleimhaut völlig verstrichen werden und w ä h r e n d dieses maximalen Ausdehnungszustandes derselben muß das Pulver eingestäubt werden. Das ist ganz selbstverständlich und notwendig. Zu diesem Zwecke habe ich den „Sikkator" konstruiert. Er schließt eingeführt den Scheideneingang vollständig ab, der einströmende Luftzug, hervorgerufen durch ein Gummigebläse, dehnt die Scheide aus und bringt z u g l e i c h e r Z e i t das Pulver feinst verstäubt in die ausgedehnte Scheide, auf die Portio und in die Zervix je nach der Weite und Öffnung ihres Kanals.

Diese Behandlung dauert ein paar Sekunden. Bei starkem Fluor lasse ich täglich 2- bis 3 mal einblasen. Nur dann, wenn sich wieder Ausfluß bemerkbar macht, lasse ich die angesammelten Pulvermengen durch eine reinigende Kamillenteespülung beseitigen. Der Verlauf ist nun meist folgender: Mit einem Schlage hört subjektiv der Ausfluß auf. Aber er kommt nach einiger Zeit wieder. Im Gegenteil wird er sogar anfangs stärker. Das Pulver wirkt dermaßen adsorbierend und drainierend, daß es den vorhandenen Schleim ansaugt, der dann mit dem Pulver verbacken nach außen fließt. Im Spekulum sieht man in solchen Fällen eine wachsartige dünne gelbe Masse in der Scheide liegen. Bald jedoch — gewöhnlich nach einer Woche — wird die Beschaffenheit dieser Masse eine andere: Sie wird hart, wie Zement, so daß man die Brocken mit einer Kornzange im Spekulum entfernen kann.

Dies ist in großen Umrissen meine Methode der Pulverbehandlung.

Allmählich bin ich weiter gegangen, wie es sich für größeres gynäkologisches Material ergibt. Stellt sich das Bedürfnis ein, der adsorbierenden und arretierenden Wirkung eine leicht adstringierende anschließen zu lassen, kann man mit Erfolg der Bolus essigsaure Tonerde in Gestalt der 10%igen Lenizetbolus zusetzen. Man kann die Bolus mit Wasserstoffsuperoxyd in Form der Pergenolbolus verbinden; kann eine resorbierende Wirkung durch Jodzusatz in Form der Novojodinbolus erzielen. Ich habe über all diese Methoden ausführlich berichtet. Sie kommen vorläufig für unsere heutigen Zwecke nicht in Betracht. Es handelt sich für uns heute darum, ob meine Methode für kleine Kinder anwendbar ist.

Ich lasse da nun einen Ihrer Fachkollegen sprechen.

K l o t z sagt: „. . Ganz besonders möchte ich schließlich auf die Verwendung von Bolus bei der Behandlung der Vulvovaginitis der Säuglinge und Kinder überhaupt hinweisen. Hier haben wir teilweise frappante Erfolge gesehen. So heilte eine bereits $^3/_4$ Jahre lang bestehende, mit allen erdenklichen Mitteln behandelte Gonorrhöe bei einem 5jährigen Mädchen in etwa 4 Wochen aus und blieb auch rezidivfrei. Auch auf der Station wurden einige sehr schnelle Erfolge beobachtet, in anderen Fällen ließ dagegen die Heilung längere Zeit auf sich warten. Niemals sieht man bei dieser Therapie Reizerscheinungen. Sie ist die sauberste und meiner Erfahrung nach wirksamste Therapie der Vulvovaginitis. Meine ersten Versuche fielen in eine Zeit, da die Veröffentlichung N a s s a u e r s, der bekanntlich über eine große Reihe ausgezeichneter Erfolge berichtet hat, noch

nicht erschienen war. Ich verwendete einen Pulverbläser mit langer Hartgummispritze. Dieser erwies sich aber als unpraktisch, da er die Bolus nicht in alle Buchten und Winkel der Scheide zu bringen erlaubte und außerdem durch das spitze Ende des Hartgummiansatzes gelegentlich Verletzungen gesetzt wurden. Da die Kanüle bis dicht vor den Introitus gebracht werden muß, kann es bei einer brüsken Bewegung unruhiger Säuglinge zu Läsionen kommen. Zweckmäßiger ist daher der Sikkator von Nassauer. Er gestattet, die Scheide aufzublasen und zugleich abzuschließen, so daß der Bolusstaub nicht entweichen kann."

Dr. Theodor Bär (Frankfurt a. M.) schrieb mir spontan: er müsse mir danken, da meine Methode eine sehr ängstliche Mutter vor dem Wahnsinn bewahrt habe. Ihr Kind wurde jahrelang von allen möglichen fachkundigen Ärzten, auch von ihm, ergebnislos behandelt, bis es durch die Pulverbehandlung in kürzester Zeit dauernd geheilt wurde.

Ich habe nun, ohne an der Methode oder an dem Apparat etwas zu ändern, ein kleineres Modell für Kinder anfertigen lassen, das ich Ihnen zeige. Ich möchte Sie bitten, damit Ihre Versuche zu machen.

Ich mache darauf aufmerksam, daß das außen zwischen den Schamlippen liegen bleibende Pulver bisweilen einen geringen Reiz ausübt. Durch Entfernen desselben mittels Watte kann das verhindert werden.

Ihr Fachkollege Trumpp hat meine Methode analog für die Nase angewendet und über sehr gute Erfolge berichtet. Lauterbach hat bei dem weitverbreiteten Fluor der Kühe die glänzendsten Erfolge erzielt, so daß das k. bayerische Ministerium ihm Mittel zur weiteren Verfolgung zur Verfügung gestellt hat.

Es wird mir eine große Genugtuung und Befriedigung sein, wenn mein Gedanke auch für die Pädiatrie Erfolge, und Segen für die Kinder bringt.

Diskussion: Seitz hat noch keine Erfahrung über Bolusbehandlung, er hofft von dem als wirksam empfohlenen Verfahren bessere Erfolge als von den bisherigen Methoden der Vulvovaginitistherapie, die, wie insbesondere die vaginale Applikation von Jodoform oder Ichthyolstäbchen, wenig leisteten, insbesondere gegenüber der gonorrhoischen Infektion. Die reichliche schleimige Sekretion auch bei chlorotischen Mädchen wird nach seiner Erfahrung durch Eichenrindensitzbäder und Kalipermanganatspülungen günstig beeinflußt.

Ibrahim: Gibt es nicht Fälle, in denen ausschließlich oder vorwiegend eine Vulvitis (keine Vaginitis) gonorrhoica vorliegt? Muß man hier nicht befürchten, die Infektion durch die Bolusbehandlung zu verbreiten? — Interne Antigonorrhoica empfehlen sich bei Beteiligung der Urethra. Thyresol schien in solchen Fällen Nutzen zu bringen. — Läßt sich auch die Rektalgonorrhöe mit Bolus heilen?

v. Pfaundler: Nach den noch spärlichen Erfahrungen hiesiger Kinderklinik ist die Bolusbehandlung des Vortragenden ein sehr schätzbares Mittel, jedoch mehr gegen den spezifischen Fluor als gegen die Infektion. Der Ausfluß schwindet, die Gonokokken bleiben. Redner fürchtet unter diesen Umständen Rezidiven.

Hecker fragt an, wie sich Behandlung und Aussichten bei dem so häufigen Übergreifen der Genorrhöe auf die Urethra gestalten.

Nassauer (Schlußwort).

15. **E. Benjamin** und **O. Kastner:** „*Über die von der Nahrungsaufnahme abhängige Albuminurie beim ernährungsgestörten Säugling.*"

Fast bei jeder nennenswerteren Erkrankung des Darmes im Säuglingsalter findet sich zu gewissen Zeiten Albuminurie. Die Eiweißausscheidung hat einen intermittierenden Charakter, zeitweilig ver-

schwindet sie völlig, um dann wieder aufzutreten. Die Schwankungen sind von der Nahrungsaufnahme abhängig.

Methodisch gingen die Autoren so vor, daß sie einem ernährungsgestörten Säugling eine gewisse Nahrung im Laufe der ersten 12 Stunden in regelmäßigen Abständen reichen ließen und daß in den folgenden 12 Stunden mit Saccharin gesüßtes Wasser in derselben Menge und in denselben Intervallen gegeben wurde. Bei dieser 27 mal angewandten Versuchsanordnung verschwand 6 mal eine vorher vorhandene Albuminurie völlig, 13 mal trat eine wesentliche Verringerung des Harneiweißes ein, während nur 2 mal ein Effekt ausblieb. 1 bis 2 Stunden nach erneuter Nahrungszufuhr erreichte die Eiweißausscheidung wieder ihre frühere Höhe. Es kommt — wahrscheinlich infolge der Wirkung des Hungers — in seltenen Fällen vor, daß schon am Ende der Wasserperiode die Albuminurie sich verstärkt.

Um eine durch Vermehrung der Harnmenge bei Wasserdiät hervorgerufene Täuschung handelt es sich bei diesen Versuchen nicht. In vielen Fällen wurden in beiden Perioden annähernd gleiche Urinmengen entleert.

Eine im wahren Sinne des Wortes „alimentäre Albuminurie" liegt nicht vor, da auf Veranlassung Prof. v. Pfaundlers ausgeführten Untersuchungen Krasnogorskis beweisen, daß lediglich Menscheneiweiß ausgeschieden wird.

Welche Faktoren die Abhängigkeit der Albuminurie von der Nahrungsaufnahme bedingen, läßt sich schwer entscheiden, es ist aber anzunehmen, daß neben dem Einfluß der Nahrungsaufnahme auf den Blutdruck in den Nierenarterien beim Säugling Schwankungen im Wasser- und Salzhaushalt eine Rolle spielen. Bei brüskem Übergang von einer Nahrungsart auf eine andere verstärkt sich gelegentlich die Albuminurie.

Diskussion: Hecker: Bei meinen seinerzeit angestellten Versuchen über die Natur des nephritischen Harneiweißes hatte sich ergeben, daß in der Mehrzahl der Fälle das ausgeschiedene Eiweiß körpereigenes war; einzelne Fälle aber — und darunter ein Säugling — zeigten deutlich artfremdes (Rinder-)Eiweiß. Auf einen Einwand von v. Pfaundler bemerkt Hecker, daß diese positiven Befunde von Gruber, Futaki, Schneider beglaubigt waren.

Hecker fragt noch, ob die nach Kochen und Essigsäurezusatz so häufig auftretenden feinen Fäserchen als Albumen gedeutet worden seien. Nach seiner Anschauung beständen sie aus Eiweiß.

v. Pfaundler.

Uffenheimer bespricht technische Details über den biologischen Eiweißnachweis im Urin. Die Präzipitinreaktion ist hierzu wohl brauchbar; man darf sich aber nie mit einem makroskopisch sichtbaren Präzipitat begnügen, sondern muß stets mikroskopisch identifizieren, da sonst leicht Täuschungen durch Kristallniederschläge eintreten können. Auch muß man auf jeden Fall den Urin zentrifugieren, ehe von einem negativen Ausfall der Präzipitinreaktion gesprochen werden darf.

Sitzung vom 25. Oktober 1912.

1. Die Gesellschaft beschließt, für das **Escherich-Denkmal** in Wien einen Betrag von M. 100.— beizusteuern.

2. **Rommel**: *„Die Versorgung luetischer Pflegekinder"*.

Rommel stellt auf Grund seiner Ausführungen Leitsätze auf; diese lauten nach ihrer Redaktion durch die ad hoc gebildete Kommission:

I. Die syphilitischen Kostkinder bilden für das Gemeinwesen im allgemeinen, für die Kostfrauen und deren Angehörige im speziellen eine große gesundheitliche Gefahr. Bei der gesetzlichen Regelung des Kostkinderwesens muß diese Frage eingehend berücksichtigt werden.

2. Die Verwaltungsbehörde, der die Aufsicht über die Kostkinder zusteht, hat nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht, durch ihre Ausführungsorgane — Kostkinderärzte, Aufsichtsdamen, Fürsorgeschwestern — die Kostfrauen von der Erkrankung der Kinder in Kenntnis zu setzen.

3. Zur Herabminderung der Ansteckungsgefahr ist die Diagnose so frühzeitig wie möglich unter Heranziehung aller modernen Hilfsmittel zu stellen. Im Verdachtsfalle ist das Kostkind möglichst alle 8 Tage durch die Aufsichtsorgane zu besuchen beziehungsweise diesen vorzustellen; auch kann das Kind zur Beobachtung einer Krankenanstalt zugewiesen werden.

4. Bei manifesten Erscheinungen ist das Kind sofort aus dem Kostplatz zu entfernen und einer zwangsweisen Behandlung in geeigneten Krankenanstalten zu unterwerfen.

5. Während für die leichteren Fälle die intermittierende Krankenhausbehandlung mit nachfolgender verschärfter Kontrolle genügt, sind die schweren Fälle einer sich auf Jahre hinaus erstreckenden Anstaltsbehandlung in geeigneten Heimen nach Welanderschem System zuzuführen. Es kann für diese Fälle auch in Ermangelung derartiger Anstalten die Unterbringung (nach dem Hamburger Vorbild) in einem Kostplatz bei geheilten luetischen Frauen befürwortet werden.

6. Es ist für alle Fälle von Syphilis bei Kostkindern eine ärztliche Anzeigepflicht beim Bezirksarzt geboten. Über die vorkommenden Fälle sind amtliche Listen über Ansteckungsmodus, Behandlung und weiteres Schicksal der befallenen Kinder zu führen, Die in die Listen eingetragenen Kinder sind für Jahre hindurch einer ärztlichen Kontrolle zu unterwerfen.

7. Jeder Wechsel des Kostplatzes ist sofort zu melden. Bei Verbringen des Kindes in eine auswärtige Gemeinde ist diese zu benachrichtigen mit der Anheimgabe, das Erforderliche wegen des Schutzes der Umgebung zu veranlassen.

8. Die entstehenden Kosten sind, soweit dieselben nicht durch die Alimentation, Kassen oder Stiftungsmittel zu bestreiten sind, von der Gemeinde zu übernehmen.

Es diskutieren hierüber: Spanier, Wohlmuth, Adam, Ibrahim und

J. Meier: Die bevorstehende Abänderung des Polizeistrafgesetzbuches bringt eine Neufassung des bisherigen § 41 dieses Gesetzbuches, der sich mit der polizeilichen Aufsicht der Kostkinder befaßt. Es besteht berechtigte Hoffnung, daß mit dieser Abänderung eine wesentliche Besserung des Kostkinderwesens in Bayern in die Wege geleitet wird. Die Anregung zu einer gutachtlichen Äußerung über die heute in unserer Gesellschaft erörterte Frage ging vom bayerischen Landesausschuß für Jugendfürsorge aus, der sich gleichzeitig an eine Reihe maßgebender Vereinigungen in der gleichen Frage wendete. Die Ergebnisse unserer heutigen Verhandlung über dieses Thema werden in dem Landesausschusse für Jugendfürsorge bekanntgegeben werden und mit den übrigen Gutachten dem zuständigen Ministerium zugeleitet werden. Es besteht durchaus nicht in allen Gemeinden der Brauch, ein Gesundheitszeugnis für ein Kostkind zu verlangen, wie aus eigener Erfahrung bestätigt werden kann.

Rommel (Schlußwort).

Schließlich wird eine Kommission ernannt, welche die Leitsätze noch zu redigieren hat. Diese werden dem bayerischen Landesausschusse für Jugendfürsorge hinübergegeben. Es wird ferner der Vorschlag dieses Ausschusses (welcher auch die vorausgehende Aussprache veranlaßt hat angenommen,

„daß ein Fonds begründet wird, aus welchem ganz oder teilweise die Kosten des in großen Krankenhäusern durchzuführenden Heilverfahrens solcher geschlechtskranker Mädchen bestritten werden,

welche in kleinen und armen Gemeinden beheimatet sind, bei denen eine Garantie für gründliche Heilung schwerer geschlechtlicher Erkrankungen gemeindeanghöriger Mädchen nicht besteht".

3. **M. Isserlin** (a. G.): *„Über Intelligenzprüfungen und Intelligenzdefekte"*.

Ausgehend von verschiedenen Versuchen, den Begriff der Intelligenz zu bestimmen, erörtert Vortragender die Untersuchungen und Prüfungsmethoden, welche neue Grundlagen für solche Begriffsbestimmungen lieferten. Der Stufenbau der Intelligenz wird kurz skizziert und die Prüfungsmethoden des „Inventars" wie der „intellektuellen Aktivität" angedeutet. Vortragender geht dann über zu den Untersuchungsmethoden (Tests, Staffelserien solcher), welche eine Stufenordnung der Intelligenzen festzustellen suchen, und endet mit einem Überblick über die beginnenden und weiter zu erstrebenden Einsichten in die Typik der normalen und defekten Intelligenz.

Diskussion: v. Pfaundler hat mit Gött die Insassen einer hiesigen Hilfsschule nach den vom Vortragenden erwähnten, zum Teil modifizierten Methoden von Ziehen u. a. geprüft und war von dem Ergebnis der Erhebungen wenig befriedigt. Die einzelnen Proben leiden namentlich daran, daß sie fast durchweg unrein sind, d. h. ihr günstiger Ausfall setzt jeweils mehr als eine der Intelligenzqualitäten als erhalten voraus; dabei ist es nicht einmal leicht zu entscheiden, welche Qualitäten überhaupt im Spiele sind. Gesamtintelligenzen zu werten — etwa nach einem bei der Notengebung in Schulen üblichen Punktsystem — ist aus verschiedenen Gründen untunlich. Bei Bestimmung der Intelligenzprüfung nach Binet dürfte auch eine beträchtliche Streuung nach Teilfaktoren der Intelligenz in Erscheinung treten. Praktisch hochbedeutsam wäre das Vorgehen der Intelligenzprüfung, wenn es gelänge, einzelne Schwachsinnstypen, namentlich solche, die, mit gewissen somatischen Affektionen verknüpft, nach Ätiologie, Wesen und Prognose verschieden sind, zu charakterisieren. Die heute noch fehlenden Grundlagen hierfür zu schaffen, wird psychologisch geschulten Ärzten vielleicht einmal gelingen. Heute kommt man für die Praxis mit den gebräuchlichen Methoden, deren Präzision vielfach eine scheinbare ist, nicht viel weiter, ja, zum Teil noch nicht so weit, als der Hilfsschullehrer in Verkehr mit seinen Schülern in relativ kurzer Zeit gelangt.

Goett.

Nadoleczny: Bei sprachgestörten, beziehungsweise noch nicht sprechenden kleineren Kindern bleibt man auf die einfachen Tests angewiesen, welche auf eine Prüfung im wesentlichen der Sinnesorgane, der motorischen Leistungen und etwa noch der Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses sich beschränken. Alle feineren Prüfungen sind unmöglich. Gleichwohl bekommt man mit der Zeit eine gewisse Routine und erzielt praktisch in vielen Fällen mit diesen Methoden wenigstens eine einigermaßen sichere Prognose. Den exakteren Methoden, von denen der Vortragende am Schlusse sprach, muß es vorbehalten bleiben, Einteilungsprinzipien der Schwachsinnigen zu schaffen, und erst wenn diese gewonnen sind, mag es möglich sein, auch schon bei kleineren Kindern auf Grund der an älteren gewonnenen Erkenntnisse gewisse Typen zu unterscheiden und deren Behandlung und Prognose festzulegen.

Ibrahim erwähnt die Hypothese von M. Rotch von dem Parallelgehen der röntgenologisch feststellbaren Knochenentwicklung mit der physischen und psychischen Entwicklung der Kinder.

M. Isserlin (Schlußwort). Was die Bemerkungen von Herrn Professor Pfaundler anlangt, so ist zu Punkt 1 zu sagen,

daß die Streuungen der Antworten bei dem Binetschen Staffelsystem nach den bisherigen Untersuchungen sich nicht als so große erwiesen, daß eine leidlich sichere Mittelbildung nicht möglich gewesen wäre. Näheres ist in den einschlägigen Arbeiten ausgeführt. Was die Tauglichkeit der bisherigen Intelligenzprüfungsmittel und ihre Ergiebigkeit zur Absonderung von Intelligenztypen anlangt, so ist gewiß zuzugestehen, daß die für praktische Zwecke geschaffenen Schemata in den einzelnen Prüfungsmitteln nicht leicht einzelne Funktionen ganz gesondert prüfen können. Überblickt man freilich die ganze Serie, so treten auch hier die einzelnen Seiten des Intelligenzkomplexes deutlicher hervor, indem durch das einzelne Prüfungsmittel mehr diese oder jene Seite berührt wird. Für wissenschaftliche Zwecke sind feinere Methoden anwendbar, deren Feinheit durchaus nicht immer in einem komplizierten Apparate, sondern in der Anordnung zur möglichsten Isolierung einer Funktion beruht. Auf solche Weise lassen sich zunächst Vorbedingungen der Intelligenz (Gedächtnis, Gestaltserfassen, Erkennen, Aufmerksamkeit u. a.) genauer erforschen, wie Untersuchungen an erwachsenen Geisteskranken (Korsakow, progressive Paralyse, Presbyophrenie u. a.) erwiesen haben. Es ist ferner nicht zu übersehen, welche Bedeutung die genauere Erforschung der Agnosien und Apraxien für die Analyse der Intelligenz gehabt haben. Die „partiellen Idiotien" drängen hier Analogieschlüsse auf, die zu entsprechenden Untersuchungen treiben. Im ganzen also hat bei aller erforderlichen Vorsicht in der Bearbeitung des Intelligenzproblems ein übermäßiger Pessimismus wohl keine Berechtigung.

Für die Untersuchung nicht sprechender Kinder sind taugliche Proben ausgearbeitet; sie halten sich allerdings alle nahe an der Sinneswahrnehmung. Doch sind sehr entwickelte Intelligenzleistungen dann auch meist nicht vorhanden.

Reaktionszeitmessungen sind selbstverständlich von hohem Werte, ebenso wie Ermüdung neben anderen Fehlerquellen berücksichtigt werden muß.

4. Außerhalb der Tagesordnung macht **v. Pfaundler** Mitteilung von der *„bevorstehenden Schließung des Giselakinderspitals"* (infolge der Beschlüsse des Münchener Magistrates). v. Pfaundler verliest den Entwurf eines Schreibens an den Magistrat. Dasselbe soll statutengemäß in der nächsten Sitzung der Gesellschaft zur Abstimmung vorgelegt werden.

Ibrahim gibt anschließend genaue Aufklärung über die Genese des ganzen Vorganges.

Sitzung vom 8. November 1912.

1. **von Pfaundler** demonstriert:

a) ein 13jähriges Mädchen mit hysterischen Charakterzügen und schweren epileptiformen Krämpfen, die am besten als „psychaleptische" zu bezeichnen sind. Er nimmt Stellung zur Frage der sogenannten affektepileptischen Anfälle. So bedeutungsvoll die bezüglichen Ausführungen von Braatz namentlich hinsichtlich der Prognosestellung bei epileptiformen Kinderkrämpfen sind, dürfte häufig, wie auch im vorliegenden Falle, die frühzeitige Erkennung dieses Zustandes sehr erschwert sein, da die von Braatz hervorgehobenen kennzeichnenden Merkmale der Affektepilepsie schwer zu erheben sind. Die Grenzen des Begriffes „unstete Dégénérés" sind sehr weite, die vasomotorische Neurasthenie ist in mäßigen Graden sehr verbreitet, das Episodische im Auftreten der Anfälle läßt sich meist erst retrospektiv beurteilen, der Zusammenhang mit dem angeblich auslösenden Affekt ist nichts weniger als sinnfällig und die Erscheinungsform der Anfälle selbst nach den Angaben von Braatz sowie nach eigenen Erfahrungen

von jener bei echter Epilepsie nicht irgend gesetzmäßig verschieden. Anscheinend kommt auch echtes petit mal vor. Bei Individuen, die von Haus aus debil sind, macht der Ausschluß intellektuellen Rückganges in praxi große Schwierigkeiten;

b) einen Fall (3jähriges Kind), dessen Diagnose zwischen frühinfantiler, progressiver Muskelatrophie nach Werdnig-Hoffmann und kongenitäler Myatonie nach Oppenheim schwankt. Klinisch wie anatomisch fehlen durchgreifend unterscheidende Merkmale. Pfaundler teilt den Standpunkt von Goett, wonach das erratische Auftreten und die Heilbarkeit der als Myatonie beschriebenen Fälle ihre Einreihung unter den exquisit endogenen Krankheitstypus von Werdnig-Hoffmann unbedingt verbietet, somit die dualistische Lehre aufrecht bleiben muß, wenngleich der einzelne Fall, namentlich das klinische Zustandsbild und der anatomische (eventuell bioskopische) Befund eine Unterscheidung nicht gestatten, sofern gewisse positive Züge (ausgesprochene EaR, fibrilläre Zuckungen, Familiarität, spätes Auftreten) fehlen. Hinweis auf die „Flossenhandstellung" bei Myatonie;

c) ein ungewöhnliches reiches pontin-bulbäres Krankheitsbild bei Heine-Medinscher Krankheit:

Fast komplette Lähmung der Kieferschließer, der Mimik, der Zunge, des Gaumensegels, der Schlundmuskulatur mit weiteren Erscheinungen von seiten der äußeren Augenmuskeln, der Nacken- und Exspirationsmuskeln, anfänglicher Nackenstarre und Bewußtseinsstörung, Polakiurie. Der Fall stammt aus einem der Klinik bekannten Infektionsherde und illustriert die Bedeutung einer allgemeinen, amtlich zu unterstützenden Erhebung über das neuerdings gehäufte Auftreten der Seuche in Bayern.

Diskussion: ad a) Dörnberger: Die Anfälle bestanden außer in dem geschilderten mit starrem weitem Blicke einhergehenden Zurückfallen, bei stöhnender Atmung und Speichel vor den Lippen, mit nachfolgender Amnesie noch in kurzen Absenzen auf der Straße und in der Schule, wobei gehaltene Gegenstände (Geld, Geschirr) fallen gelassen wurden. Auch wurde von Schlafwandeln berichtet. Das ließ Epilepsie annehmen. Krotalinjektionen zeigten prompte Reaktion, jedoch keinen Erfolg, wie aus der Folgegeschichte erklärlich ist. Bei einer geistig Minderwertigen mit epileptiformen Anfällen, die sich später auch als nicht echt epileptisch herausstellten, trat keinerlei Reaktion und natürlich auch kein Erfolg auf die Einspritzungen auf. Bei Kindern, wie den vorgestellten und auch bei den epileptischen, ist, wenn sie unbemittelt und nicht verblödet sind, oft die Unterbringung schwierig. Eine wichtige Frage ist auch die der Schulfähigkeit, der Patienten selbst wie auch der Mitschüler wegen, und wäre ausführlicher Besprechung wert.

2. **Ibrahim**: *„Mitteilungen über eine kleine Poliomyelitisepidemie in München"*.

Von Ende Juli bis heute kamen 13 Fälle in Beobachtung des Vortragenden; bei der Mehrzahl fiel der Beginn der Erkrankung in den August. Das jüngste Kind war 3 Monate, das älteste 3 Jahre alt. Von besonderen Verlaufsformen waren nur zwei meningitische Typen bemerkenswert. Das Initialstadium war recht verschiedenartig; heftiges Schwitzen wurde am häufigsten beobachtet, dagegen nur in 3 Fällen deutliche Gliederschmerzen. In 2 Fällen fehlte ein protrahiertes Initialstadium. Die Schwere der Initialsymptome ließ keinerlei Beziehungen zur Schwere oder Ausbreitung der Lähmung erkennen. Untersuchungen des Blutes und des Liquors ergaben keine neuen Gesichtspunkte.

Von besonderem Interesse ist die Tatsache, daß eine Hausinfektion beobachtet wurde. Sie betraf ein Kind, das zufälligerweise im Isolierzimmer (wegen ausklingender Pertussis) isoliert gepflegt wurde und mit den im Spital aufgenommenen Kinderlähmungsfällen und

der Außenwelt in keine Berührung gekommen war. Die Ansteckung konnte nur durch gesunde Zwischenträger übermittelt worden sein. Verf. berichtet über die neueren experimentellen Arbeiten von Kling, Pettersson und Wernstedt über die Quellen der Kontaktinfektion. Außer der Meldepflicht sind wohl vorerst keine weitgehenden prophylaktischen Maßnahmen inidiziert. Doch muß man gewärtig sein, daß die kleine Epidemie der Vorläufer einer größeren sein könnte. Ausführliche Publikation in der Münchner med. Wochenschr.)

Diskussion. Trumpp berichtet über einen Fall aus der Viktor Scheffelstraße, Nähe Belgradstraße. 13 Monate alter Sproß einer sehr kinderreichen Familie, in welcher vor 13 Jahren schon einmal ein Fall von Heine-Medin vorgekommen ist. Das Kind, das Brust mit Beikost erhält, wurde am 5. November vormittags von seiner Mutter 2 Stunden lang spazieren gefahren. Beim Herausnehmen aus dem Wagen schrie es, der linke Arm war schlaff, unbeweglich, sehr stark empfindlich. Temperatur 40·1° C. Anorexie. Unruhige Nacht. Trumpp sah das Kind erst andern Tages. Es bestand noch Parese der linken Schulter, der Vorderarm war beweglich und konnte bis Brusthöhe erhoben werden. Die Untersuchung scheint noch ziemlich schmerzhaft zu sein. Agina punctata. Temperatur 37·3, Mißlaune, Anorexie. Am Vormittage des 8. November ist der Arm vollständig frei beweglich, nicht mehr druckempfindlich. Allgemeinbefinden und Laune sehr gut. Temperatur normal. Differentialdiagnostisch kam Drucklähmung in Betracht. Trumpp verweist für geeignete Fälle auf die ausgezeichneten Erfolge orthopädischer Behandlung: Entlastung der Wirbelsäule in Gipsbette in leichter Lordosierung nach Lange (cf. Hohmanns Publikation in der Münchner med. Wochenschr.).

Hecker berichtet von zwei im August und September beobachteten Fällen. Der eine, ein 12jährige Mädchen, ereignete sich im Lehel und war von schweren von der Nackenmuskulatur zu den Beinen absteigenden Lähmungen begleitet; der andere, ein 4jähriger Knabe, wohnte in Schwabing und war einer jener leicht zu übersehenden Fälle: Beginn mit fieberhafter Verdauungsstörung, dann Schmerzen in der linken Hüfte, leichte Lähmung von einigen Tagen Dauer, dann nur mehr etwas Hinken, Kniereflex leicht abgeschwächt, Hauttemperatur etwas kühler am linken Bein.

Seitz: In der Poliklinik kamen in den letzten Monaten 5 Fälle von Heine-Medinscher Krankheit zur Beobachtung; der letzte aus der gleichen Stadtgegend wie Heckers Fall hatte bei einem vorher ganz gesunden Kind mit der über Nacht erfolgten Lähmung des linken Beines eingesetzt. West beschreibt solche Fälle als Morningparalysis.

Schneider berichtet über weitere Fälle in anderen, bisher freigebliebenen Bezirken der Stadt München und der Umgebung und befürwortet behördliche Maßnahmen.

Klar: Ich habe den Eindruck gewonnen, als ob die Kinderlähmungsepidemien an Stärke und Ausdehnung in den letzten Jahren immer mehr fortschritten, und auch die Intens tät der Erkrankungsfälle zunehme. Schweden, das seit 1905 eigentlich eine fortlaufende Epidemie hat, leidet, bei seiner dünnen Bevölkerung, sehr unter der Heine-Medinschen Krankheit. Bei meiner Anwesenheit in diesem Sommer machte ich dort die Wahrnehmung, daß die zurückbleibenden Lähmungen immer schwerer werden und daß besonders auch viele Erwachsene, besonders in der Armee, befallen werden. Wir werden auch wohl hier auf eine größere Epidemie gefaßt sein müssen.

Uffenheimer berichtet über einen Juni/Juli in Sendling beobachteten Fall, der zum größten Teile ausgeheilt ist. Schon vor längeren Jahren erinnert sich Uffenheimer hier einmal einen der erwähnten Fälle von akut hochfieberhaft einsetzender Lähmung des Armes mit sehr schnell erfolgender Restitutio ad integrum gesehen

zu haben. Er hätte damals nicht gewagt, die Diagnose einer Poliomyelitis ant. zu stellen.

v. Pfaundler.

Dörnberger: Der Vorschlag, die Heine-Medinsche Krankheit anzeigepflichtig zu machen, verdient die Befürwortung durch die Gesellschaft bei der maßgebenden Behörde. Die jetzige Vorschrift, gehäuftes Auftreten von Krankheiten, abgesehen von den stets anzeigepflichtigen, anzuzeigen, hat keinen Wert, weil eine Häufung auch vorhanden sein kann, wenn eine Reihe von Ärzten Einzelfälle in Behandlung bekommt.

Ranke schlägt vor, nicht an den Bezirksarzt zu gehen, sondern sich gleich an die Regierung (Ministerialrat Dieudonné) zu wenden, da es sich ja um eine Angelegenheit nicht nur von München, sondern des Landes handle.

Ibrahim (Schlußwort): Ein Nachteil der Lumbalpunktion wurde nie beobachtet und ist wohl höchstens bei älteren Kindern mit geschlossener Fontanelle zu befürchten. Die Diagnose leichterer Formen kann im Säuglingsalter recht schwer sein, wenn man nicht von der Existenz einer Kinderlähmungsepidemie weiß. Die Prognose scheint sich in der Mehrzahl der beobachteten Fälle verhältnismäßig günstig zu gestalten. Eine Verbreitung der Epidemie durch das Ambulatorium des Spitals kam nicht in Frage, da die Mehrzahl der Kinder mit bereits vollentwickelter Lähmung erstmalig das Spital aufsuchten.

3. **von Pfaundler** verliest den Entwurf eines Schreibens der Gesellschaft an den Magistrat der Stadt München in Sachen der *„Schließung des Giselakinderspitals"*. Hierzu sprechen eine größere Anzahl von Mitgliedern. Es wird beschlossen:

a) das Schreiben geht an den Magistrat;

b) eine Deputation der Gesellschaft begibt sich zum Direktor des Schwabinger Krankenhauses, den magistratlichen Referenten und sonstigen in dieser Frage maßgebenden Persönlichkeiten;

c) eventuell — wenn diese Schritte nicht bereits vom gewünschten Erfolg begleitet sind — soll die ganze Affaire in der Presse behandelt werden (vgl. Münchener med. Wochenschr., 1912, S. 2790).

Sitzung vom 20. Dezember 1912.

1. **Vogel**:

a) Demonstration eines Falles von *„Möller-Barlowscher Krankheit"*, die 10 Tage lang unter dem Bilde einer hämorrhagischen Nephritis bestand, bis sich Erscheinungen an den Beinen zeigten. Der Ersatz von 2 Eiweißmilchmahlzeiten durch einen Rohmilchbrei und eine Flasche Ammenmilch war erfolglos erst der vollständige Übergang von Eiweißmilch auf Rohmilch führte zur kritischen Entfieberung und prompten allgemeinen Besserung und Heilung.

b) Fall von *„Periostitis ossificans luetica"*, die sich klinisch nur durch eine leicht walzenförmige Form der Unterschenkel bemerkbar machte. Das Röntgenbild zeigt schwere Veränderungen sämtlicher langer Röhrenknochen. Therapeutisch durch Protojoduret und Schmierkur kein Erfolg; nach intravenöser Neosalvarsaninjektion sehr günstige Beeinflussung des Allgemeinbefindens, keinerlei schwerere Nebenerscheinungen (einmal Nasenbluten). Eine das Quecksilber übertreffende Einwirkung auf die Knochenprozesse war nicht bemerkbar.

Diskussion.

ad a) **Ibrahim:** In Zweifelsfällen von Barlow sind wir leider mit der klinischen Diagnostik noch nicht so weit, wie man auf Grund der Literatur vermuten sollte. Der Röntgenbefund, der bei dem vorgestellten Falle sehr typisch ist, scheint doch nicht obligat zu sein; anderseits habe ich Beobachtungen gemacht, die das als eindeutig geltende Symptom eines leicht hämorrhagischen Zahndurchbruches in seinem

Wert als pathognomisches Zeichen der Barlowschen Krankheit etwas in Frage stellen. Der Erfolg der antiskorbutischen Therapie ist wohl das sicherste Diagnostikum, aber auch dieser Erfolg kann ausbleiben, wenn das Kind nicht nur an Barlowscher Krankheit leidet, sondern die Barlowsymptome sich nur interkurrent auf eine schwere Ernährungsstörung oder Verdauungsinsuffizienz aufpfropfen.

2. v. **Pfaundler** war in Sachen der *„Anzeigepflicht der Heine-Medinschen Krankheit"* bei Herrn Ministerialrat Dieudonné. Dieser meint, daß man am besten zunächst bei den bayerischen Ärzten eine Rundfrage in dieser Angelegenheit vornehmen solle und stellt der Gesellschaft die materielle Unterstützung des Ministeriums in Aussicht. v. Pfaundler liest den mit Ibrahim ausgearbeiteten Entwurf der Rundfrage vor. Nach längerer Diskussion werden Fragebogen und Rundschreiben mit geringen Abänderungen genehmigt.

3. Der Vorsitzende berichtet über die in Sachen des *„Gisclakinderspitales"* getanen Schritte (vgl. die letzten Sitzungsprotokolle) und über deren endlichen Erfolg. Hierzu spricht Ibrahim.

4. Besprechung des Antrages **Spatz-Grünwald:** *„Zusammenschluß der Münchener ärztlichen Spezialgesellschaften mit dem ärztlichen Verein"*. Es sprechen hierzu Dörnberger, v. Pfaundler, Ibrahim, Trumpp, Regensburger, Binswanger, Nadoleczny, Hecker, Uffenheimer, Ranke, Meier.

Prinzipiell wird der Antrag in der Abstimmung angenommen.

Albert Uffenheimer (München).

Besprechungen.

P. Nobécourt. *Conférences pratiques sur l'alimentation des nourrissons.* (Masson & Cie., Paris, 1912. Preis: Fr. 4.—.)

Wie Hutinel in der Einleitung sagt, sind die Vorlesungen zum Gebrauch für Studierende bestimmt, dürften aber auch als Lektüre für Mütter in Betracht kommen. Dem Zweck entsprechend werden insbesondere die praktisch wichtigen Fragen in den Vordergrund gestellt, die theoretischen nur kurz berührt. Die Darstellung ist durchweg klar und einfach, hält sich von extremen Anschauungen und strittigen Fragen fern und gibt den heutigen Stand der französischen Pädiatrie wieder. A. Keller (Berlin).

W. Siefert (Halle). *Psychiatrische Untersuchungen über Fürsorgezöglinge.* (C. Marhold, Halle, 1912, 262 S., M. 6.—.)

Die Beobachtungen des Verf. wurden an 1057 Fürsorgezöglingen der Provinz Sachsen erhoben. Sie sind insofern von besonderer Bedeutung, als sie, nachdem jüngst Mönkemöller und Schnitzer zu ähnlichen Ergebnissen gekommen sind, vielleicht den Anstoß geben werden, daß der Psychiater, d. h. der Arzt, weit mehr als bisher zur Mitwirkung auf dem Gebiete der Fürsorgeerziehung herangezogen werden muß, so sehr auch die Heilpädagogen sich gegen diese Expansion anstemmen werden.

Das wichtigste Ergebnis der Siefertschen Studien — die übrigens auf Veranlassung des Landeshauptmannes unternommen wurden — ist, daß die Fürsorgezöglinge in ganz erheblich weiterem Umfange Neuro- und Psychopathen sind, als es die Fürsorgeerzieher und die staatliche Statistik bisher gelehrt haben. Nur ein Drittel bis ein Viertel aller Zöglinge entsprechen der Norm, alle übrigen erreichen nicht einmal den Volksschuldurchschnitt. Idiotie fehlt ganz, Imbezillität ist selten, Epilepsie und Psychosen desgleichen. Vorherrschend sind vielmehr „eigenartige psychische Degenerationszustände oft mit mäßiger Geistesschwäche verbunden". Knaben sind weit stärker prozentual beteiligt als Mädchen. Vollwertige sind unter dem Fürsorgematerial eine Rarität, ausgesprochen Kranke die Regel.

„Verwahrlosung" kommt ätiologisch nur recht wenig in Betracht, schon mehr „elterliche Belastung", doch überwiegt die von Milieu und Belastung unabhängige, degenerierte, sich selbst ihr Schicksal und ihre Zukunft diktierende Persönlichkeit.

Das innerste Wesen der jugendlichen Kriminalität ist uns noch verschlossen, der Schwachsinn allein erklärt sie nicht und verursacht sie nicht. Da der Schwachsinn nicht als Quelle der Unsozialität anzusehen ist, hat die einseitige Entwicklung der Intelligenz usw. durch die Heilpädagogik nur begrenzten Zweck. Die besondere krankhaft abgeartete Art des Gefühls und Willens, auf die es in erster Linie ankommt, läßt sich eben nicht nach unserem Wunsch umprägen und modeln. Es hat sich gezeigt, daß aber auch der noch „werdende Schwerverbrecher, Vagabund und Dirne für die Kräfte der Fürsorgeerziehung jederzeit unüberwindlich sind". Es gibt gewisse abnorme Charakterveranlagungen, die, auch im frühesten Kindesalter bereits in Fürsorge genommen, unabänderlich sind, jeder Fessel spotten und sich kraft eigener, uns noch unbekannter Entwicklungsgesetze durchsetzen. Der zum Verbrecher Geborene verläßt ungeändert auch der besten Fürsorge Schoß!

Die Neuproduktionen dieser Verbrecherindividualitäten sind nicht bloß an gewisse, uns ja gut bekannte elterliche krankhafte Typen geknüpft und demgemäß trifft in dieser Hinsicht Heiratsverbot, Kastration usw. nicht den Kernpunkt. „Die Hoffnung, in der energischen Ausmerzung schlechten Familienmilieus das Verbrechen selbst ersticken zu können, ist wahrscheinlich eine Illusion." Ganz unvermittelt sprießt aus leidlich gesundem Familienstammbaum ein mißgestalteter Trieb hervor und wächst weiter, trotz aller Gegenaktionen.

Das größte Problem der Fürsorgeerziehung ist nach Siefert das, diese „sich fixierenden Schwerkriminellen" zu erkennen, auszusondern und zu behandeln. Das „Wie" ist aber noch wenig befriedigend zu beantworten. Auf die vielfachen Anregungen, die Verf. hier gibt, kann, ohne das Referat ungebührlich auszudehnen, nicht eingegangen worden. Interessenten sei das Buch angelegentlich empfohlen. Klotz.

Hans W. Gruhle. *Die Ursachen der jugendlichen Verwahrlosung und Kriminalität.* Studien zur Frage: *Milieu oder Anlage.* (Mit 23 Fig. im Text und einer farbigen Tafel.) (Verlag von Julius Springer, Berlin, 1912, Preis: M. 18.--.)

Die Untersuchungen gehen von Studien aus, die Verf. im Sommer 1907 an den Insassen der Großherzoglich Badischen Zwangserziehungsanstalt in Flehingen angestellt hat. In den 105 ausführlichen Lebensläufen sieht der Verf. das Hauptstück seines Werkes. Bisher stand fast in keiner einzigen kriminal-psychologischen Frage ein exaktes Beobachtungsmaterial zur Verfügung; soweit Statistiken existieren, betrafen sie fast immer nur die Taten, nicht die Personen und selbst die wenigen Studien, die die Täter zum Gegenstand hatten, verzichteten auf die anschauliche Zusammenfassung aller Lebensumstände und Charakterzüge und gaben meist nur kurze Abrisse, welche zum Beleg für einzelne Behauptungen dienen sollten. Dieser Mangel an exaktem, ausführlich mitgeteiltem Beobachtungsmaterial, den die Kriminalpsychologie mit mancher andern jungen Disziplin teilt, wird vom Verf. mit Recht stark betont, und war zunächst die Veranlassung zu seinen Studien.

Die Lebensläufe setzen sich zusammen aus den eingehenden Beobachtungen des Verf. selbst, denen ein Studium aller erreichbaren Personalakten des Zöglings voranging und ein Austausch der Ansichten mit dem Anstaltsgeistlichen, eventuell dem Oberaufseher folgte.

Im ersten Abschnitt wird die Art und Lebensführung der Eltern, der Geschwister, der Verwandten, kurz das Milieu betrachtet; der zweite wendet sich dem Kinde selbst zu und prüft, wie es sich in die geschilderten Verhältnisse einfügt, wie die Einflußmöglichkeiten wirkliche Bedeutung gewinnen, wie das Kind in dem beschriebenen Milieu sein Schicksal gestaltet. Im dritten Abschnitt wird in großen Zügen die Frage: Milieu oder Anlage besprochen und werden mit aller Vorsicht einige Schlußfolgerungen gezogen. Einiges sei hervorgehoben: ein beträchtlicher Teil der Kinder abnormer Eltern verwahrlost nicht durch diese Belastung, sondern durch das Milieu; die unglücklichen Verhältnisse, unter denen die unehelich Geborenen heranwachsen, sind es, die deren hohen Anteil am Verbrechen und an der Verwahrlosung bedingen; das schlechte Milieu als alleinige Ursache scheint vorwiegend zu sehr früher Verwahrlosung zu führen, jedoch eine Form asozialer Lebenshaltung zu verschulden, die von schwerer Kriminalität fern bleibt. — Das sind einige wenige Sätze, die kaum eine Vorstellung von dem Inhalt des Werkes geben. Ein ausführliches Referat jedoch kommt an dieser Stelle nicht in Betracht und so begnüge ich mich mit einem Hinweis auf das Werk, das auch in den Kreisen der Kinderärzte heutzutage genug Interessenten finden wird.

A. Keller (Berlin).

E. Schwalbe. *Die Morphologie der Mißbildungen des Menschen und der Tiere.* III. Teil: *Die Einzelmißbildungen.* Lief. 7: **Bettmann.** *Die Mißbildungen der Haut.* Lief. 8: **P. Schneider.** *Die Mißbildungen der Atmungsorgane.* (Preis: M. 4.— resp. 3.60.)

Die im Titel angegebenen Gegenstände finden hier eine eingehende monographische Bearbeitung, die, auf die normale Entwicklung sich aufbauend, einen Überblick über das in der Literatur angesammelte große Material an Einzelbeobachtungen vermittelt. Die Darstellung des zum Teil schwierigen Gegenstandes ist sehr klar, das Verständnis wird durch zahlreiche Abbildungen erleichtert, die in den Text eingestreut sind. Dem Plane des Gesamtcharakters entsprechend, beschränkt sich die Darstellung auf eine Beschreibung der einzelnen Mißbildungen und die Erörterung ihrer Genese. Aber auch so dürfte das Werk viele Pädiater interessieren, denen ja Mißbildungen relativ häufig begegnen, auch solche, die eine längere Lebensdauer ausschließen. H. Vogt.

Hugo Ribbert. *Die Bedeutung der Krankheiten für die Entwicklung der Menschheit.* (Fr. Cohen, Bonn, 1912, 194 S., M. 4.80.)

In gewandter Schreibweise behandelt Ribbert die Bedeutung der Krankheit für den einzelnen, für die Umgebung des Kranken und für seine Nachkommenschaft. Eine besonders eingehende Darstellung findet die Lehre von der Vererbung der Krankheiten. Am Schluß des Werkes wird die Frage nach der Bedeutung der Krankheiten für die Entwicklung der Menschheit zusammenfassend erörtert, ihre Beziehung zur Religion besprochen und kurz darauf hingewiesen, welche Aufgaben für den einzelnen wie für die Gesamtheit aus der Existenz der Krankheiten erwachsen. Das Buch ist offenbar in erster Linie für gebildete Laien berechnet und wird gewiß bei diesem Leserkreis Interesse für den Gegenstand erwecken und das Verständnis für die behandelten Fragen und ihre Bedeutung vermitteln können, doch dürfte es auch unter Ärzten interessierte Leser finden. H. Vogt.

F. Lagrange. *Physiologie der Leibesübungen.* (Übersetzt und eingeleitet von L. Kuhlenbeck.) (E. Diederichs, Jena, 1912, 430 S., M. 6.—.)

Dieses Buch, das bereits im Jahre 1888 erschienen ist, das mit dem Preis der Akademie der Wissenschaften und Medizin ausgezeichnet wurde und in Frankreich bereits 13 Auflagen erlebte, hätte schon früher eine Übersetzung verdient.

Der Zweck des Buches ist ein praktischer und darauf gerichtet, einerseits in allen daran interessierten Kreisen ein Verständnis für die Wirkungsweise der Leibesübungen überhaupt zu erwecken und zu vertiefen, anderseits die verschiedenen Übungen, worunter Sport und Turnen zusammengefaßt sind, nach ihren Sonderwirkungen und ihrem Wert respektive Unwert zu klassifizieren. Von dem ungemein reichhaltigen Inhalt kann hier kein Bild gegeben werden. Interessant sind beispielsweise die Abschnitte über die Überbürdung der Schüler, Geistesarbeit und Leibesübung, Koordinationsarbeit usw. Sportsleute wie Pädagogen und Ärzte, besonders Schulärzte, werden manche Anregung aus dem Buche schöpfen. Bei dem jetzigen Bestreben der Wissenschaft, die Physiologie und Pathologie des Sportes einem

Spezialstudium zu unterwerfen und dem Sport eine exakte Grundlage zu geben, ist das Erscheinen dieses originellen Buches, das wohl den ersten großzügigen Versuch nach dieser Richtung hin darstellt, besonders zu begrüßen. Thorspecken (Bremen).

W. v. Drigalski. *Schulgesundheitspflege, ihre Organisation und Durchführung.* (Ein Leitfaden für Ärzte, Lehrer und Verwaltungsbeamte.) S. Hirzel, Leipzig, 1912, 284 S., M. 8.—.)

Wir haben hier ein vortreffliches Lehrbuch vor uns, das sich vermutlich rasch Eingang in den Kreisen, für die es bestimmt ist, verschaffen und Beifall finden wird. Das Buch überschreitet den Rahmen eines Lehrbuches, was seinen Wert erhöht, insofern es zahlreiche verbesserte Vorschläge für die weitere Ausgestaltung der Schulgesundheitspflege enthält. Die in Halle bestehende Organisation scheint dem Verf. nach seiner Erfahrung im allgemeinen als mustergültig und wird deshalb ausführlicher besprochen. Er spricht sich nicht nur für Anstellung von Schulärzten im Hauptamt aus, sondern wünscht auch, daß der Schularzt als Dezernent an der städtischen Verwaltungsbehörde beteiligt ist.

Das Buch zerfällt in 4 Hauptabschnitte: Grundlagen und Einrichtungen des schulärztlichen Dienstes; die für die Schule wichtigen Einwirkungen und Krankheitszustände; die Handhabung des Dienstes; besondere Einrichtungen. Der letzte Abschnitt über Schularzt und Hilfsschulen ist von Stadtschularzt Dr. Peters verfaßt.

Es dürfte sich wohl empfehlen, in Zukunft bei den infektiösen Krankheiten auch der Poliomyelitis eine kurze Besprechung zuteil werden lassen, da mehrfach Schulepidemien dieser Krankheit vorgekommen sind (Wickmann). Die Bezeichnung Schulanämie ist erfreulicherweise nicht beibehalten; immerhin ist der Anämie u. E. eine im Vergleich zu den knapp behandelten nervösen Störungen zu bedeutende Rolle eingeräumt worden.

Thorspecken (Bremen).

H. Sahli. *Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden für Studierende und praktische Ärzte.* (6., umgearbeitete und ergänzte Auflage. I. Bd., mit 213 teilweise farbigen Abb.) (Verlag von Franz Deuticke, Leipzig und Wien, 1912, Preis: M. 16.—.)

Das rühmlichst bekannte Lehrbuch erscheint zum ersten Male in zwei Bänden; der jetzt vorliegende erste enthält zunächst dasjenige, was man gewöhnlich unter dem Namen der physikalischen Diagnostik im weitesten Sinne des Wortes zusammenfaßt, das heißt, neben der Besprechung der allgemeinen, äußerlich wahrnehmbaren Verhältnisse des Kranken, des Verhaltens der Atmung und Körpertemperatur die Lehre von der Inspektion, Palpation, Perkussion und Auskultation, die hämodynamischen Untersuchungsmethoden, die Sphygmographie und sonstigen graphischen Methoden, die Sphygmomanometrie und Sphygmobolometrie. Außerdem enthält

der erste Band noch die Untersuchung des Magens und Darmes und ihrer Funktionen sowie die Untersuchung der Fäzes.

Das Beste, was wir von einem Lehrbuch sagen können, ist das, daß es ebensogern und mit gleichem Nutzen von Studierenden zum Studium und auch von dem erfahrensten Praktiker noch als Nachschlagebuch benutzt wird. Das trifft für das Sahlische Lehrbuch zu, und zwar deswegen, weil nicht nur eine unglaubliche Fülle von objektiven Tatsachen darin untergebracht, sondern auch in reichstem Maße persönliche Erfahrung verwertet ist. Der Praktiker wird es aber besonders zu schätzen wissen, daß Sahli mit Fug und Recht auf die Verhältnisse auch der kleinen Praxis Rücksicht nimmt, wie es z. B. aus einigen Äußerungen über Röntgendiagnostik hervorgeht, welche der Verf. als „Schiedsrichterin in schwierigen Fragen" außerordentlich hochschätzt und doch nicht überschätzt wissen will. „Ich habe mich mehrfach von der beklagenswerten diagnostischen Hilflosigkeit solcher Mediziner überzeugen können, in deren Ausbildung die Röntgenuntersuchung auf ein zu hohes Piedestal gestellt wurde und welche deshalb nicht ordentlich perkutieren und auskultieren gelernt hatten. Diese Unglücklichen erinnern mich an jenen Kandidaten, der beim Examen von der tuberkulösen Meningitis nichts wußte, als daß man sie durch Lumbalpunktion und den Nachweis der Tuberkelbazillen im Liquor cerebrospinalis diagnostizieren könne. Welche Rolle wird ein solcher Arzt in der Praxis spielen! Wenn wir im klinischen Unterricht die Röntgenuntersuchung zu sehr betonen, so bieten wir den Studierenden Steine statt Brot. Denn was soll damit der junge Arzt anfangen, welcher in einfachen Verhältnissen, auf dem Lande oder in einem Gebirgsdörfchen praktiziert." A. Keller (Berlin).

Emil Abderhalden. *Schutzfermente des tierischen Organismus.* (Ein Beitrag zur Kenntnis der Abwehrmaßregeln des tierischen Organismus gegen körper-, blut- und zellfremde Stoffe.) Mit 8 Textfiguren. (Verlag von Julius Springer, Berlin, 1912.)

Das Studium der Abwehrmaßregeln des Organismus ist eine der reizvollsten Aufgaben der Biologie und außerordentlich wichtig für viele Fragen der Pathologie und insbesondere der Immunitätsforschung. Seit Jahren hat Abderhalden das Problem der Verteidigung des tierischen Organismus gegen das Eindringen körper-, blut- und zellfremden Materials in Angriff genommen und gibt in der vorliegenden Broschüre eine Übersicht über das Ergebnis seiner eigenen und fremder Studien. Er ging von der Tatsache aus, daß die Verdauung den Zweck hat zu verhindern, daß Produkte in den Organismus übergehen, die weder dem Blut noch den Körperzellen angepaßt sind. Dieser Aufgabe, nämlich der Zubereitung des zur Verbrennung dienenden Materials und der stufenweisen Erschließung des Energieinhaltes, dienen die Fermente. Parenteral eingeführte Eiweißkörper und Kohlehydrate lösen im Blut und in den Organen Reaktionen aus, die in einer Produktion von Fermenten bestehen, die dazu bestimmt sind, diese fremdartigen Produkte abzubauen und

dadurch ihres spezifischen Charakters zu berauben. Auf dem Wege des Experimentes und der Überlegung kommt Abderhalden zu dem Schluß, daß wenigstens ein Teil der Abwehrmaßregeln des Organismus gegen Infektionen aller Art auf der Mobilmachung derartiger Schutzfermente beruht, um das fremdartige Material — seien es nun Stoffwechselzwischen- oder -endprodukte oder beim Zerfall von Zellen frei werdende Bestandteile — möglichst rasch seines spezifischen, für den Organismus — den Wirt — fremdartigen Baues zu entkleiden.

Es ist hier nicht der Ort, auf die Einzelheiten der Darstellung einzugehen; aber nachdrücklich sei auf diese kleine Broschüre hingewiesen, die einen überaus interessanten Einblick in ein bestimmtes Forschungsgebiet und Ausblicke in andere Forschungsgebiete gibt.

A. Keller (Berlin).

Inhalt.

Grimmer. *Die Arbeiten auf dem Gebiete der Milchwissenschaft und Molkereipraxis im Jahre 1912, I. und II. Semester 1.* — **Anatomie und Physiologie, Pharmakologie. Maillet.** *Unterhautzellgewebe als Abwehrorgan 69.* — **Friedberger** und **Ito.** *Pathogenese des Fiebers 70.* — **Reiche.** *Morphiumwirkung 70.* — **Schule. Sloan.** *Ärztliche Schulaufsicht in South Manchester 70.* — **Ernährung und Stoffwechsel. Koller.** *70.* **Bernheim-Karrer.** *Stillen 72.* — **v. Reuß.** *Unterernährung in der ersten Lebenszeit 73.* — **Rott.** *Ernährung Frühgeborener 73.* — **Cassel.** *Eiweißmilch 74.* — **Kühl.** *Kindernährmittel 74.* — **Southworth.** *Dextrin und Maltose 74.* — **Schreiber.** *Trockenmilch 75.* — **Ossinin.** *Einfluß künstlicher Ernährung 75.* — **Heim.** *Wärmestauung und Exsikkation 75.* — **Meyer.** *Wasserbedarf 76.* — **Kapferer.** *Nahrungsentziehung bei akuten Infektionskrankheiten 77.* — **Tobler. Davidsohn. Salge.** *Chemismus des Säuglingsmagens 77.* — **Kassowitz.** *Sensibilisierung gegen Kasein 79.* — **Schloßmann.** *Atrophie und respiratorischer Stoffwechsel 79.* — **Wolff.** *Kalk und Knorpelquellung 80.* — **Bahrdt** und **Bamberg.** *Flüssige Fettsäuren 80.* — **Klinik der Kinderkrankheiten. Schreiber.** *Diathesen 80.* — **Beck.** *Exsudative Diathese 81.* — **Abels.** *Mikromelie 81.* — **Löwenburg.** *Anämie 81.* — **Lequeux.** *Augenstörungen bei Neugeborenen 81.* — **Robinson, Cauby** und **Draper.** *Vagusreizung 82.* — **Schlieps.** *Pseudokardiale und kardiale Geräusche 82.* — **Hecht.** *Herzblock 83.* — **Lehndorff.** *Bronchitis chloromatosa 83.* — **Beco. Delhaye.** *Pneumonie 84.* — **Noeggerath.** *Empyeme. 84.* — **Rautmann.** *Fötale Wassersucht 85.* — **Fischer.** *Angeborene Wassersucht 85.* — **Heubner.** *Chronische parenchymatöse Nephritis. 85.* — **Nothmann.** *Eitrige Erkrankungen der Harnwege 85.* — **Krasnogorsky.** *Harneiweiß 86.* — **Hutinel** und **Harvier.** *Osteo-*

muskuläre Dystrophie 86. — **Snyder.** *Pellagra. 87.* — **Andrews.** *Beriberi 87.* — **Lucas. Daunay. v. Szily.** *Syphilis 88.* — **Mauwaring. Fraser. Péhu. Iselin. v. Ruck.** *Tuberkulose 90.* — **Rohmer. Seligmann** und **Schloß.** *91.* **Kolmer. Lorenz** und **Ravenal.** *Diphtherie 92.* — **v. Szontagh.** *Diphtherie- und Typhus-Kutanreaktion 93.* — **Wladimiroff. Pagenstecher.** *Masern 93.* — **Brandenberg.** *93.* — **Niemann.** *Poliomyelitis 94.* — **Sophian** und **Black** *94.* — **Levy.** *Zerebrospinalmeningitis 95.* — **Heim.** *Herpes zoster und Varizellen. 95.* — **Hildebrandt.** *Erysipel 95.* — **Gutmann.** *Pneumokokkeninfektion. 96.* — **Lehle. Weekers.** *Ophthalmia neonatorum 96.* — **Bass.** *Chvosteksches Phänomen 96.* — **v. Reuß.** *Hysterie 55.* — **Neurath.** *Epilepsie. 97.* — **Shukowsky** und **Aisenberg.** *Mongolismus 97.* — **Thorspecken.** *97.* — **Duthoit.** *Myatonia congenita. 98.* — **Zipperling.** *Motorische Reizzustände 98.* — **Rich.** *Littlesche Krankheit 99.* — **Bundschuh.** *Tuberöse Sklerose des Gehirns 99.* — **Crouzon.** *Kraniofaziale Dysostose 99.* — **Ehringhaus.** *Syndaktylie 99.* — **Drey.** *Brachydaktylie.* **Paul.** *Spina bifida 100.* — **Gomperz.** *Trommelfellücken 100.* — **Hill.** *Lymphosarkom. 101.* — **Becker. Soleeri.** *Appendizitis 101.* — **Kook** und **Oerum.** *Darminvagination 101.* — **Soziale Hygiene. Risel** und **Schmitz.** *Stillprämien 102.* — **Eichelberg.** *102.* **Royster. Moll** und **Mayerhofer.** *Sommersterblichkeit 103.* — **v. Pirquet.** *Boxstation 103.* — **Berichte.** *Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde 104.* — **Besprechungen. Nobécourt.** *Conférences pratiques 137.* — **Siefert.** *Psychiatrische Untersuchungen über Fürsorgezöglinge 137.* — **Gruhle.** *Ursachen der jugendlichen Verwahrlosung und Kriminalität 139.* — **Schwalbe.** *Morphologie der Mißbildungen 139.* — **Ribbert.** *Bedeutung der Krankheiten für die Entwicklung der Menschheit 140.* — **Lagrange.** *Physiologie der Leibesübungen 140.* — **v. Drigalski.** *Schulgesundheitspflege 141.* — **Sahli.** *Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden 141.* — **Abderhalden.** *Schutzformeln 142.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin, W. 50, Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny	Göppert	Knöpfelmacher	Moro	Thiemich	Tobler
Berlin	Göttingen	Wien	Heidelberg	Leipzig	Breslau

Berend	Comba	Johannessen	Koplik	Marfan	Thomson	Wieland
Budapest	Florenz	Kristiania	New-York	Paris	Edinburg	Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis der Abteilung „Referate" (ca. 50 Bogen) Mk. 24.—.
Preis der Abteilung „Originalien" (ca. 35—40 Bogen) Mk. 20.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XII. **Referate.** Nr. 2.

Anatomie und Physiologie.

Dina **Rabinowitsch.** *Die Leukozyten verschiedener Altersstufen. Untersuchungen über die Leukozyten gesunder Kinder.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LIX, H. 3/4.)

Im Gegensatze zur Mehrzahl der vorliegenden Untersuchungen fand Rabinowitsch die Zahl der Leukozyten in den ersten Jahren nicht erhöht. Die Prozentualzahlen der einzelnen Leukozytenformen decken sich im ganzen mit den auch sonst gefundenen.

Thorspecken (Bremen).

Schule.

S. I. **Glückmann.** *Zur Frage der Schulüberbürdung.* (Wratsch. Gas., 1912, Nr. 37.)

Die Arbeit bringt nichts Neues. Über die intellektuellen Fähigkeiten und neuropathische Belastung derjenigen Schüler respektive Eltern, die über Schulüberbürdung klagen, finden sich auch hier, wie in den meisten derartigen Arbeiten, keinerlei Angaben.

Schlieps (Charkow).

Ernährung und Stoffwechsel.

Griffith. *Ability of mothers to nurse their children.* (Das Stillvermögen.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 23. November 1912.)

Verf. meint, daß keine Abnahme des Stillvermögens zu konstatieren ist und daß die gegenwärtigen hygienischen Bestrebungen sogar günstig wirken. Die Hauptschuld an der Bevorzugung der künstlichen Ernährung trifft die Fahrlässigkeit gewisser Ärzte; erst in zweiter Reihe kommt die Unwissenheit des Publikums. Zur Besserung der bestehenden Verhältnisse wird am meisten durch bessere Belehrung in der Kinderheilkunde geholfen.

Wachenheim (New York).

W. Lanzun-Brown. *Observations on a new galactagogue.* (Brit. Journ. of childr. Dis., Mai 1912.)

Erwähnung zahlreicher früher und jetzt gebräuchlicher Laktagoga. Warme Empfehlung des Laktagols. Eckhardt (Breslau).

James Oliver. *Über Sekretion der Brustdrüsen ohne Schwangerschaft.* (Edinburgh med. Journ., IX, S. 530—532.)

Schon in der 4. Schwangerschaftswoche setzt die Sekretion der Brustdrüse ein, auch wenn die Frucht sich außerhalb der Gebärmutter entwickelt. Bei verheirateten Frauen kommt es vor, daß die Brustdrüse eine milchige Flüssigkeit sezerniert und daß diese Sekretion jahrelang andauert, ohne daß Schwangerschaft eintritt. In manchen Fällen tritt die Sekretion der Brustdrüse gleichzeitig mit einer Erkrankung des Uterus oder der Ovarien auf, in anderen Fällen aber ohne erkennbare Erkrankung der Genitalorgane. H. Vogt.

Mc Clanahan. *Supplemental breast-feeding in infants.* (Ersatzstillen.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 23. November 1912.)

Tritt für das allaitement mixte bei Insuffizienz der Brustmilch statt totalen Übergangs auf künstliche Ernährung ein.

Wachenheim (New York).

J. v. Zubrzycki und **R. Wolfgruber** (Wien). *Normale Hämagglutinine in der Frauenmilch und ihr Übergang auf das Kind.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 5.)

Normale Hämagglutinine sind in der Frauenmilch nachweisbar, und zwar in verschiedener Stärke gegen die Blutkörperchen der einzelnen Tierarten. In den ersten Tagen post partum finden sie sich in bedeutend größerer Menge als später, bleiben bei Erstgebärenden länger und in größerer Menge erhalten als bei Mehrgebärenden, werden weder vom Stillakt noch von der Verdauung beeinflußt. Das Serum von Säuglingen bis zum 14. Lebenstag unterscheidet sich in der Heteroagglutinationskraft nicht vom Plazentarserum, die in der Milch enthaltenen Hämagglutinine gehen also auf das Kind nicht über. E. Nagel-Hoffmann.

Engel. *Die Wirkung der mechanischen Erschütterung auf die Frauenmilch.* (Monatschr. f. Kinderheilk. 1913, Orig. Bd. XI, S. 578.)

Beim Schütteln treten in Frauenmilch feine Gerinnsel auf. Gleichzeitig erhöht sich die Azidität. Auch die Gerinnungsfähigkeit durch Säure wächst beträchtlich, wenn der Schüttelprozeß mehrere (3) Stunden anhält. Worauf die Schüttelveränderung der Frauenmilch beruht, läßt sich zunächst nicht restlos erklären. Fest steht nur, daß das Fett eine große Rolle spielt! Die Magermilch wird nämlich durch Schütteln gar nicht alteriert. Weitere Mitteilungen folgen.

Autoreferat.

Morse. *Effect of pasteurization of milk on babies.* (Wirkung der pasteurisierten Milch auf Säuglinge.) (Boston Med. Med. & Surg. Journ., 10. Oktober 1912.)

Es ist bisher unmöglich, auf irgendwelche Nachteile der pasteurisierten Milch gegenüber der rohen hinzuweisen. Die Nachteile des gewöhnlichen rohen Produktes sind dagegen augenfällig. Bei Mangel der besten Qualität der Milch ist also die Pasteurisierung streng geboten. Wachenheim (New York).

Thöni und **Thaysen** (Bern). *Micrococcus mucofaciens n. sp., ein Milchschädling.* (Zentralbl. f. Bakt. II. Abt., Orig., Bd. XXXVI, S. 359.)

Bisher waren 17 Bakterienarten bekannt, die die Eigenschaft haben, Milch fadenziehend zu machen. Etwa die Hälfte von diesen sind typische Stäbchen. Der neu beschriebene Mikroorganismus ist ein Kokkus, der nach Gram färbbar ist, aërob wächst und infolge seines proteolytischen Fermentes Gelatine verflüssigt, allerdings erst nach 25 Tagen. Die Reinkultur macht Milch, besonders den Rahm, fadenziehend. Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Aviragnet, Bloch-Michel et **Dorlencourt.** *Le lait sec dans l'alimentation des nourrissons.* (Arch. de méd. des enf., XV, 9.)

Verwendet wurde Milchpulver von halbentrahmter Milch mit einem geringen Zuckerzusatz. In gewissen Fällen von Dyspepsie, ferner von hartnäckigem Speien soll das Milchpulver jeder andern Ernährung überlegen sein. Bei den Speikindern wurde es in pastenartiger Konzentration gegeben. Die Verff. sind auch sonst voll Lobes für das Milchpulver und führen die besonderen Wirkungen auf Veränderungen des Kaseins und eine Verminderung der toxischen Eigenschaften des Albumins durch die Erhitzung zurück. Als Beweis hierfür wird ein Kind angesehen, dessen Urtikariaeruptionen jedesmal bei Ernährung mit dem Pulver verschwanden und bei Verabreichung von frischer Milch wieder auftraten. Thorspecken (Bremen).

L. Langstein und **K. Kassowitz.** *Gemüsekost im Säuglingsalter.* (Therap. Monatsh., Dezember 1912, S. 862.)

Von den alten Erfahrungen ausgehend, daß im zweiten Lebensjahr des Säuglings die ausschließliche Milchernährung für Ansatz

und Wachstum meist nicht mehr genügt, und zwar infolge Mangels an Wachstumsträgern (Salze), und daß bei Zufuhr selbst des feinst gekochten Gemüses, z. B. Spinat, häufig Diarrhöen auftreten und solche Gemüse oft fast unverändert den Darm verlassen, haben die Autoren vergleichende Ernährungsversuche mit dem Friedenthalschen Gemüsepulver (Spinat) vorgenommen, welche die gute Brauchbarkeit dieses Diätetikums ergaben. Dasselbe kann mit der gleichen Menge Mehl und der halben Menge Zucker in Milch oder Haferschleim gegeben werden oder direkt im Milchbrei. Man beginnt messerspitzweise die Verabreichung und steigt allmählich. Dieses Gemüsepulver wird gut vertragen und führt dem Organismus Bausteine in großer Menge zu. Zuppinger (Wien).

H. Putzig. *Ein Beitrag zur Behandlung des Pylorospasmus (Pylorussondierung).* (Therap. Monatsh., Januar 1913, S. 25.)

Mitteilung der Krankengeschichte eines Säuglings, der an schwerem Pylorospasmus litt und durch die Ernährung mittels Pylorussonde nach Heß tägliche Gewichtszunahmen von zirka 30 g zeigte. Als Nahrung wurde mit Plasmon versetzte Ammenmilch zugeführt. Diese Methode ist sicher allen anderen überlegen und bei einiger Übung leicht auszuführen, die Technik derselben im Original nachzulesen. Zuppinger (Wien).

Franz Schäfer. *Ein Fall von angeborener Pylorusstenose (Typus Landerer-Maier) beim Säugling und Entwicklung des Sanduhrmagens.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVI, S. 695—706.)

Das im Alter von 10 Monaten an Pneumonie verstorbene Kind wies bei der Obduktion einen stark erweiterten Magen auf, der durch eine starke ringförmige Einschnürung in 2 Teile abgetrennt war. Am Übergange der eingeschnürten Magengegend zum Pylorusteile fand sich ein stark hypertrophischer Ringmuskel. Der Übergang vom Magen in das Duodenum bestand in einer feinen Öffnung, die eben für eine Myrtenblattsonde durchgängig war. Im übrigen war der Pylorus verschlossen durch eine membranartige mit normaler Schleimhaut überzogene Platte. Es fand sich keine Entwicklung eines Sphinkters am Pylorus und auch keinerlei Narbenbildung. Die Einschnürung des Magens zwischen Fundus und Pylorus ist nach Ansicht des Verf. so entstanden, daß an dieser Stelle der Magen durch den Ramus hepatico-duodenalis der Arteria hepatica hinten und unten, durch die Leber und das Ligamentum teres oben an der Erweiterung gehindert wurde. Das Kind hatte nur zeitweilig während des Lebens erbrochen und vorübergehend große Nahrungsmengen aufnehmen und behalten können. Einmal traten nach etwa dreiwöchiger Unterernährung bei zu rascher Nahrungssteigerung Fieber, Gewichtssturz, Albuminurie und Glykosurie auf. Durch Verringerung der Nahrungsmenge wurden diese Erscheinungen schnell beseitigt.

H. Vogt.

Arthur F. Hertz. *Congenital dyschezia.* (Brit. Journ. of childrens dis., April 1912.)

Unter Dyschezie versteht der Verf. diejenige Form der Obstipation, bei der die Passage durch den Darm in der normalen Zeit stattfindet, das Hindernis aber in dem ungenügenden natürlichen Reiz zur Defäkation liegt. Abführmittel sind hier kontraindiziert. Gewöhnung an eine bestimmte Zeit für die Stuhlentleerung, kleine Glyzerin- oder Wassereinläufe bringen meist allmählich Heilung. Durch die Kotretention können in solchen Fällen katarrhalische Kolitis und Typhlitis entstehen. Eckhardt.

Karl Hart. *Der Skorbut der kleinen Kinder (Moeller-Barlowsche Krankheit) nach experimentellen Untersuchungen.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVI, S. 507—541.)

Während es bei den bisherigen Forschungen über die Ursachen der Barlowschen Krankheit nicht gelungen war, die Krankheit im Tierversuche zu erzeugen, gelang dies dem Verf. durch Ernährung junger Affen mit kondensierter Milch. Die klinischen Erscheinungen bei den so ernährten Affen bestanden in Verlust des Appetits, Einschränkung der Beweglichkeit, Schmerzhaftigkeit der Knochen, in Zahnfleischblutungen mit teigiger Schwellung und bläulichroter Verfärbung der Schleimhaut sowie im Auftreten von periostalen Blutungen an den verschiedensten Teilen des Skeletts und von zahlreichen Frakturen. Auch blutige Stühle wurden beobachtet. Schließlich gingen die Tiere kachektisch zugrunde. Sowohl die makroskopischen wie die mikroskopischen Befunde bei der Obduktion, die ausführlich beschrieben werden, entsprachen vollkommen den von der Barlowschen Krankheit her bekannten. Verf. vertritt nach seinen Untersuchungen die Richtigkeit der Anschauung, daß die Veränderungen an den Knaben nicht die bloße Folge der Blutungen sind, daß vielmehr die hämorrhagische Diathese und die Erkrankung des Skeletts selbständig nebeneinander bestehen. Da eine über das physiologische Maß hinausgehende Osteoidbildung vollkommen fehlte, kann eine rachitische Erkrankung der Tiere mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Dagegen fand sich bei einem an schwerer Tuberkulose leidenden mit kondensierter Milch gefütterten Affen eine ausgesprochene Rachitis. Ein Affe blieb bei der gleichen Fütterung ein Jahr lang gesund und erkrankte erst dann mit einer schweren ulzerösen Stomatitis. Dagegen fanden sich bei mikroskopischer Untersuchung im wesentlichen dieselben, wenn auch weniger hochgradigen Veränderungen wie bei den in jüngerem Alter der Krankheit erlegenen Tieren. In dieser Beobachtung erblickt Verf. den Beweis der Identität des Skorbuts mit der Moeller-Barlowschen Krankheit. Verf. hat sich durch eigene Untersuchung überzeugt, daß Bakterien an der Entstehung der Erkrankung nicht beteiligt waren. H. Vogt.

Parke and **Edmondson.** *Effect on later development of sewere and prolonged illnes in infancy.* (Einfluß schwerer und langdauernder

Krankheiten im Säuglingsalter auf die spätere Entwicklung.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 28. Dezember 1912.)

Nach den Erfahrungen der Verff. an 13 Fällen scheint eine permanente Schädigung des Wachstums nicht zu bestehen.

Wachenheim (New York).

Dennett. *The caloric requirements of bottle-fed infants.* (Kalorienbedarf künstlich ernährter Kinder.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 28. Dezember 1912.)

Bei normalen Kindern genügen 110 bis 120 Kalorien pro Kilogramm; bei heruntergekommenen ist der Bedarf bedeutend höher: 130 bis 170. Letztere Zahl muß mit Vorsicht gegeben werden, namentlich bei Neigung zu Diarrhöen, man kommt aber gewöhnlich mit 150 Kalorien gut aus. Wachenheim (New York).

Nobécourt, Sevestres et **Bidot.** *L'urée dans le liquide céphalorachidien des nourrissons.* (Arch. de méd. des enf., XV, 11.)

Bei 4 Säuglingen mit schweren Magendarmerkrankungen war der Harnstoffgehalt der Zerebrospinalflüssigkeit auf das Mehrfache des Normalen erhöht. Bei 3 der Kinder trat Sklerem auf und die Krankheit endete tödlich. Die Ansicht, daß die Harnstoffvermehrung Folge einer Leberschädigung sei, erhielt durch die Autopsie des einen Falles eine Stütze. — Bei 10 anderen Fällen, darunter einige Meningitiden, wurden annähernd normale Zahlen gefunden.

Thorspecken (Bremen).

Klinik der Kinderkrankheiten.

Addario (Palermo). *Über das Vorkommen der Prowazekschen Körper in den Follikeln und Papillen des Trachoms.* (Zentralbl. f. Bakt., I, Orig., 1912, Bd. LXVI, S. 393.)

Verf. findet die Prowazekschen Körper nicht nur im Epithel der Konjunktiva, sondern auch im Follikelgewebe und den Papillen des Trachoms. Das Trachom ist daher keine Epitheliosis im Sinne Prowazeks, sondern eine „proliferative Entzündung der adenoiden Schicht der Bindehaut in Form von Follikeln und Papillen".

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

C. Credé-Hörder (Berlin-Friedenau). *Über nichtgonorrhoische Ophthalmoblenorrhöen der Neugeborenen und Säuglinge.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 4.)

Die nichtgonorrhoischen Ophthalmoblennorrhöen sind ziemlich häufig; sie sind charakterisiert durch Freibleiben der Kornea und geringe, mehr seröse Sekretion. Verf. fand in den meisten Fällen als Erreger grampositive Diplokokken (harmlose Schmarotzer der Vagina);

die von ihnen erzeugte Krankheit begann spät, am 6. bis 16. Lebenstage, verlief leicht und heilte unter Reinigung mit Borsäurelösung in 8 bis 10 Tagen völlig ab, ebenso 3 durch Bacterium coli verursachte Fälle. Nur ein Fall, bei dem sich echte Pneumokokken fanden, verlief schwer, mit eitrigfibrinöser Sekretion; auch hier Heilung in 16 Tagen unter stündlichen Borsäurespülungen und Einträufelung von $1^1/_3$% Argentum aceticum am 1. und 5. Krankheitstage.

E. Nagel-Hoffmann.

Sautier. *Defective vision in children.* (Sehschwäche bei Kindern.) (New York Med. Journ., 14. Dezember 1912.)

Verf. beschreibt diese je nach den 3 Hauptursachen, nämlich Refraktionsfehler, verschiedene Formen des Schielens, Undurchsichtigkeit der Medien, speziell der Hornhaut. Die Gesamtzahl dieser Kinder stellt sich bei der Schuluntersuchung als außerordentlich groß heraus. Wachenheim (New York).

Samuel F. Rose. *Ten years as dental sourgeon to a childrens hospital.* (Brit. Journ. of childrens dis., März 1912.)

Rose schildert die oft trostlose Beschaffenheit des Gebisses auch ganz junger Kinder aus den ärmeren Bevölkerungsklassen. Wenn irgend möglich, sollen auch kariöse Milchzähne gefüllt werden, und zwar um die gute Funktion des Gebisses zu erhalten, um dem bleibenden Zahne eine gute Stellung und seiner Alveole eine genügende Ausbildung zu ermöglichen und um Ansteckung anderer Zähne zu verhüten; nur im äußersten Falle Extraktion. Als Anästhetikum verwendet Rose Äthylchlorid. Eckhardt.

Harold W. Wilson. *A case of rhinitis caseosa.* (Lancet, Januar 1912.)

Akut aufgetretene zirkumskripte, käsige Auflagerung auf der Nasenschleimhaut (einseitig) bei einem 11jährigen Mädchen. Keine Diphtherie. Eckhardt (Breslau).

Duncan Forbes and **H. P. Newsholme.** *Membranous rhinitis, its relation to diphtheria and its treatment by autogenous vaccine.* (Lancet, 3. Februar 1912.)

Bericht über eine Schulepidemie von Rhinitis membranacea. Kulturen enthielten nur bei einem Teil der Fälle Diphtheriebazillen; aber auch die Erkrankungen mit negativem Di-Bazillenbefunde waren übertragbar. Einige Fälle mit Di-Bazillen wurden mit Injektion von Kulturen ihrer eigenen Bazillen behandelt, in steigenden Dosen von 5 bis 400 Millionen. Darauf schwanden die klinischen Erscheinungen, Bazillen blieben aber nachweisbar.

Eckhardt (Breslau).

A. M. Gossage. *A family with membranous discharge from the nose.* (Brit. Journ. of childrens dis., April 1912.)

Verf. kennt eine Familie, in der seit 4 Generationen membranöse Absonderungen der Nasenschleimhaut auftreten, bei denen weder Ozäna noch Nasendiphtherie zugrunde liegt. Eckhardt.

Macleod Yearsley. *A case of median dermoid cyst of the nose.* (Brit. Journ. of childrens dis., April 1912.)

Bericht und Abbildung von einer durch Operation entfernten Dermoidzyste der Nase bei einem 5jährigen Mädchen. Eckhardt.

Frederick E. Batten. *A case of dermato-myositis in a child, with pathological reports.* (Brit. Journ. of childr. dis., Juni 1912.)

Der Fall ist nach Verf. der erste im Kindesalter, bei dem genaue pathologisch-anatomische Untersuchungen gemacht worden sind. Die Diagnose ist durch das akute Auftreten, durch wiederholte Attacken von schmerzhaften Muskelschwellungen, Induration von Haut und Muskeln gesichert. Lues, Tuberkulose, Trichinose usw. werden ausgeschlossen. Die mikroskopischen Befunde sind typisch. Ätiologie unbekannt. Eckhardt (Breslau).

E. Maliwa (Greifswald). *Der kongenitale familiäre Ikterus.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 4.)

Kardinalsymptome: Angeborener chronischer Ikterus, Anämie mit charakteristischem Blutbefund, Urobilin- respektive Urobilinogenurie, Milztumor. Das Primäre ist die durch angeborene Anomalie des Knochenmarks bedingte Veränderung der Erythrozyten: Resistenzverminderung gegen hypotonische Salzlösungen und mechanische Läsionen, vermehrtes Auftreten der Hématies granuleuses und vielleicht metachromatischer Granula im vital gefärbten Präparat. Der Ikterus ist als hepatogener pleiochromer aufzufassen, der Milztumor als sekundär. E. Nagel-Hoffmann.

H. D. Rolleston und **J. B. Molony.** *Purpura in infective diarrhoea.* (Brit. Journ. of childrens dis., Januar 1912.)

Bericht über 11 Fälle von Purpura, die sich unter 100 Fällen von schwerer infektiöser Diarrhöe bei jungen Kindern (im Durchschnitt 10·2 Monate alt) fanden. Die Fälle verliefen alle tödlich; Purpura ist also in solchen Fällen ein „terminales Phänomen". Sitz der Eruptionen war stets der Rumpf, nie die Extremitäten. In einem Falle, dessen Herzblut untersucht wurde, fand sich Bac. enteritidis Gärtner. Eckhardt.

T. Mc Cririck. *Purpura fulminans as a sequela of scarlet fever.* (Brit. Journ. of childrens dis., April 1912.)

Ein scharlachkranker Knabe von 5 Jahren, der 12 Tage nach Beginn der Erkrankung in Beobachtung kam, bekam 5 Tage nach Einlieferung große Purpuraflecke an den unteren Extremitäten (Abbildung) unter erheblicher Verschlechterung des Allgemeinbefindens und starb 25 Stunden später. Eckhardt.

Artur Gara. *Beitrag zur Kenntnis der Henochschen Purpura abdominalis.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVI, S. 573—578.)

Verf. berichtet über 2 Fälle von Purpura abdominalis. Der eine bot anfangs diagnostische Schwierigkeiten, bis die Symptome der

hämorrhagischen Diathese an der äußeren Haut auftraten und so die Ursache der vorausgegangenen Darmsymptome aufklärten. Der andere Fall kam zum Exitus und wies die schon mehrfach beobachtete Kombination von Purpura mit Intussuszeption auf, wobei es vorläufig unmöglich ist, zu entscheiden, ob eine primäre Intussuszeption die blutigen Stühle und auch die hämorrhagische Diathese ausgelöst hat oder ob der Zusammenhang der umgekehrte gewesen ist. H. Vogt.

Kurt Blühdorn. *Die Therapie sogenannter unstillbarer Blutungen im Säuglingsalter.* (Nach einem Vortrag in der Göttinger med. Gesellschaft.) (Berliner klin. Wochenschr., 1913, L, 14.)

In den drei klinisch beobachteten Fällen handelt es sich einmal um Melaena neonatorum, dann um Purpura abdominalis (Henoch) und drittens um einen Fall von Nabelblutung bei Sepsis mit perniziösem Ikterus. In allen drei Fällen kam eine kombinierte Therapie in Anwendung, und zwar Injektion von Pferdeserum (Diphtherieserum) und innerliche Verabreichung von Kalksalzen (bei der Melaena Calcium aceticum; in den beiden anderen Fällen Kalziumchlorid).

A. Keller (Berlin).

H. Ribbert. *Beitrag zur Rachitis.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 1.)

Ribbert fand bei der Rachitis in den von Markräumen durchwachsenen und unregelmäßig eingeschmolzenen Knorpelabschnitten durch Färben mit Hämalaun und van Gieson und Überfärben mit Orange an vielen Stellen einzeln oder in Gruppen liegende nekrotische Knorpelzellen, die bei der Färbung gelb hervortraten, kernlos und in ihrer Form verändert waren. Er konnte sie auch im Beginn der Krankheit nachweisen und faßt die Zellnekrose als primär und Ursache der mangelhaften Kalkablagerung in der Grundsubstanz auf. Er schließt aus dem pathologischen Befund, daß die Rachitis durch toxische, auf das Skelett wirkende Einflüsse hervorgerufen wird, und macht für das Toxin Stoffwechselstörungen infolge falscher Ernährung verantwortlich. (Ein Fall von Milchnährschaden mit rachitischen Veränderungen.) E. Nagel-Hoffmann.

T. N. Tschebotarewskaja (Moskau). *Über akute Leukämie.* (Pädiatrija, April 1912.)

Mitteilung eines selbstbeobachteten Falles bei einem 8jährigen Mädchen. Bei der Sektion fand sich u. a. ein Lymphosarkom der Thyreoidea. Schlieps (Charkow).

F. Parkes Weber. *Diabetes insipidus in a boy with positive Wassermann's reaction, remarks on polyuria in children and infantilism.* (Brit. Jorurn. of childr. Dis., Mai 1912.)

Ein Knabe von 10 Jahren mit Diabetes insipidus, abnormalem Gewicht und Längenmaß (19 kg, 115·5 cm) hat positive Wassermannsche Reaktion. Keine interstitielle Nephritis, keine Affektion

der Hypophyse. In der Literatur finden sich Mitteilungen über Fälle mit oder ohne interstitielle Nephritis (z. T. obduziert); Wassermann teils positiv, teils negativ. Körperlicher oder (beziehungsweise und) geistiger Infantilismus ist fast immer vorhanden. Beziehungen zur Lues oder Tuberkulose sind in vielen Fällen wahrscheinlich. Eckhardt (Breslau).

N. K. Reika (St. Petersburg). *Über den Ersatz des Extractum filicis maris durch dessen wirksames Prinzip (Filmaron).* (Wratsch. Gas., 1912, Nr. 21.)

„Das Filmaron besitzt ohne Zweifel wurmabtreibende Eigenschaften, jedoch übertrifft es in dieser Beziehung nach unseren Erfahrungen nicht das Extrakt (des Filix mas). Nach Verabreichung von Filmaron wird bei Kindern zuweilen Erbrechen beobachtet. Tierversuche bewiesen die hohe Toxität dieses Mittels, besonders für den wachsenden Organismus. Erfahrungen über die Wirksamkeit des Filmarons an Kindern sind noch zu wenig vorhanden; daher ist es verfrüht, von seiner völligen Unschädlichkeit zu sprechen."

Schlieps (Charkow).

Edmund Cantley. *Mucous gastritis in infancy.* (Brit. Journ. of childr. Dis., Juni 1912.)

Bericht über das Krankheitsbild bei einem Kinde, das mit 39 Tagen in Beobachtung kam, deutliche Magenperistaltik und Pylorustumor hatte und reichlich schleimige Massen erbrach. Anschließend theoretische Betrachtungen. Eckhardt (Breslau).

Hans Vogt. *Zur Prophylaxe und Ernährungstherapie der Lungenerkrankungen im Kindesalter.* (Therap. Monatsh., August 1912, S. 566.)

Bei Besprechung der Prophylaxe der Lungenerkrankungen hebt Verf. besonders die Übertragung durch Erwachsene, die an katarrh. Erkrankungen der oberen Luftwege leiden, hervor, wie sie am häufigsten bei Influenza auch in den Spitälern durch Krankenpflegerpersonal und Ärzte stattfindet.

Bezüglich der Bedeutung, welche der Ernährung für Entstehung und Ablauf von Respirationskrankheiten zukommt, bespricht Verf. besonders die Einschränkung der Nahrung bei fieberhaften Erkrankungen, die Sondenfütterung bei vollständiger Appetitlosigkeit, die herabgesetzte Immunität der Flaschenkinder, die Behinderung der Zwerchfellsatmung bei großen schlaffen Bäuchen der Kinder mit zulange fortgesetzter einseitiger Milchernährung oder bei Kindern mit zu großem Fettansatze infolge übermäßiger Zufuhr von Kohlehydraten, endlich die Entstehung der sekundären Bronchopneumonien durch Zirkulationsstörungen in den Lungen infolge ausschließlicher Rückenlage der Säuglinge mit darniederliegenden statischen Funktionen und infolge Weichheit des Thorax bei Rachitis.

Zuppinger (Wien).

H. Koeppe. *Ein Fall von „Stillscher Krankheit".* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVI, S. 707—716.)

Ein 2jähriger Knabe erkrankt an multiplen Gelenkschwellungen, die zu Störung der Beweglichkeit führen, an starken Lymphdrüsenschwellungen und Vergrößerung der Milz, daneben an einer chronischen Pneumonie der linken Lunge im Anschluß an Masern. Bei der Obduktion fand sich, abgesehen von den während des Lebens festgestellten Veränderungen, noch eine völlige Verwachsung des Perikards, ein in entsprechenden Fällen schon mehrfach erhobener Befund. Das eröffnete rechte Kniegelenk war frei von Veränderungen, was ebenfalls früheren Erfahrungen entspricht. H. Vogt.

Hector Charles Cameron. *Pneumococcal peritonitis in children.* (Brit. Journ. of childr. Dis., Juni 1912.)

Verf. glaubt, daß Peritonitis durch Pneumokokken viel häufiger sei, als sie diagnostiziert wird. Verwechslungen mit Peritonitis bei Appendizitis, gonorrhoischer oder Streptokokkeninfektion, Typhus, akuter Gastroenteritis sind möglich. Bericht über einige Fälle, die durch Operation beziehungsweise Injektion einer Kultur ihrer eigenen Bazillen geheilt wurden. Aber nicht immer ist Operation indiziert; „in den meisten Fällen ist es besser, abzuwarten".

Eckhardt (Breslau).

J. Burfield und **A. J. Cleveland.** *A case of acute purulent arthritis in a child of ten months.* (Brit. Journ. of childrens dis., Januar 1912.)

Nachdem durch Röntgenstrahlen (Abbildung) festgestellt war, daß weder Knochen noch Epiphysen erkrankt waren, wurde akute Arthritis des Hüftgelenks angenommen. Operation: dünner Eiter. Besserung. 1 Monat später Tod an Phlegmone. Eckhardt.

F. J. Poynton. *Observations upon nervous manifestations in the rheumatism of childhood.* (Brit. Journ. of childrens dis., Februar 1912.)

Eine Vorlesung über akuten Rheumatismus bei Kindern und dessen Einfluß auf das Nervensystem. Verf. spricht hauptsächlich über Chorea, erwähnt die Tatsachen, daß sie bei Erwachsenen selten auftritt und daß es Formen von Chorea gibt, die scheinbar nicht mit einer rheumatischen Grundkrankheit zusammenhängen. Ein Abschnitt über die Pathologie bringt mikroskopische Abbildungen von Schnitten durch die Pia mater, in denen Bakterien zu sehen sind. Verf. bespricht weiterhin die Behandlung der Chorea und in einem kurzen Abschnitte die „rheumatische Neuritis".

Eckhardt.

R. Barclay Ness. *Series of manifestations of acute rheumatism in a boy, aged ten years.* (Brit. Journ. of childrens dis., Februar 1912.)

Ein Knabe von 10 Jahren erkrankte zunächst an akutem Gelenkrheumatismus. 5 Wochen später, nachdem die Gelenkaffektion geheilt

war, traten subkutan fibröse Knötchen auf, und zwar am Kopfe beziehungsweise Hinterkopfe, in der Umgebung einiger Gelenke und entlang den Sehnen der Unterarmflexoren. Die Knötchen waren unempfindlich. Zugleich bestand eine Endokarditis. Nach Abheilung dieser Affektionen trat schwere Chorea auf, die Knötchen erschienen wieder und endlich erkrankte der Knabe (2 Monate später) an Pericarditis und Pleuritis exsudativa. Im Verlaufe der letzteren Krankheit zeigten sich wieder leichte choreatische Erscheinungen.

Eckhardt.

F. D. Rumjanzeff (St. Petersburg). *Diazoreaktion und die Reaktion mit 10%iger Lösung von salpetersaurem Quecksilberoxydul bei Unterleibstyphus, Scharlach und Masern im Kindesalter.* (Wratsch. Gas., 1912, Nr. 32.)

Verf. führte gleichzeitig die Diazoreaktion als auch die mit Liquor Bellostii an einer größeren Zahl typhus-, masern- und scharlachkranker Kinder aus. Beide Reaktionen traten parallel auf, sowohl in bezug auf die Zeit ihres Eintritts als auch hinsichtlich ihrer Intensität.

Schlieps (Charkow).

Arms and **Whitney.** *Treatment of rooms after diphtheria and scarlet fever.* (Zimmerdesinfektion nach Diphtherie und Scharlachfieber.) (Amer. Journ of Public Health, Oktober 1912.)

Diese Mitteilung ist den Erfahrungen des Bostoner Gesundheitsamtes entnommen. Trotz Räucherung traten in etwa 1·5% der Wohnungen neue Fälle auf, doch konnte in vielen derselben Kontakt mit kranken Personen nachgewiesen werden. Zur Kontrollprobe wurde in einer großen Anzahl von Fällen die Räucherung weggelassen und durch gründliche Reinigung der Wohnung ersetzt; die Ergebnisse waren wenig von den ersteren verschieden. Es scheint, daß die Wirkung der Räucherung bloß eingebildet ist, denn sie ist erstens der Reinigung kaum überlegen und zweitens in vielen Fällen illusorisch oder auch aus äußeren Umständen unmöglich. Die Infektion geht gewiß in den allermeisten Fällen direkt von kranken Individuen aus.

Wachenheim (New York).

A. Molodenkoff. *Das Fleckfieber bei Kindern, nach dem Material des Morosoffschen Kinderkrankenhauses in Moskau während der Epidemie des Jahres 1911.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LIX, H. 3/4.)

Die gefürchtete Krankheit scheint im Kindesalter von überraschend gutartigem Verlaufe zu sein. Von 115 Kindern starb nicht eines. Allerdings war der Genius epidemicus überhaupt milde (8% Mortalität).

Die Studie füllt eine Lücke aus, da über den Verlauf des Fleckfiebers im Kindesalter nicht viel Material vorliegt.

Thorspecken (Bremen).

Capps. *The role of milk in the causation of the Chicago epidemic of sore throat.* (Rolle der Milch bei einer Anginaepidemie in Chicago.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 9. November 1912.)

Die Milch stammte von einer Molkerei, in der nachweisbar die Kühe an Streptokokkenmastitis litten und viele der Melker von Streptokokkenangina befallen wurden. Die Milch soll pasteurisiert worden sein, doch wurde diese Prozedur wahrscheinlich nicht regelrecht ausgeführt, so daß unter der Kundschaft der erwähnten Molkerei eine bedeutende Epidemie von Angina desselben Typus auftrat.

Wachenheim (New York).

Marzinowsky (Moskau). *Zur Frage über die bakteriologische Diagnostik der Diphtherie.* (Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh., Bd. LXXIII, S. 185.)

Die Arbeit umfaßt die Fehlerquellen bei der bakteriologischen Diagnose: Diphtheriebazillen. Während die eigentlichen Pseudodiphtheriebazillen wenig zu Verwechslungen geeignet sind, geschieht das leicht mit Streptotrix lingualis, der sich leicht nach Neisser färben läßt. Bei blutigen Rhinitiden fand Verf. ein diphtherieähnliches Stäbchen. Durch die Neissersche Färbung lassen sich in demselben 3 bis 5 (nicht 2 bis 3 wie bei echter Diphtherie) Körnchen darstellen. Die Kulturen sind für Meerschweinchen ebenfalls pathogen. Ein weiteres diphtherieähnliches Stäbchen fand Verf. bei purulenten Otitiden der Kinder. Eine Tafel illustriert die Befunde des Verf.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Schrammen (Köln). *Über Diphtheriebazillenträger in einem Kölner Schulbezirk.* (Zentralbl. f. Bakt., I. Orig., Bd. LXVII, S. 427.)

Verf. fand in einer Mädchenschule von 340 Schülerinnen 29 (= 8·5%) in einer Knabenschule von 364 Schülern 17 (= 4·6%) Diphtheriebazillenträger. Mit Ausnahme von einer Klasse hatten sämtliche Klassen beider Schulen Diphtheriebazillenträger während eines Schulhalbjahres. Trotzdem kam es während dieser Zeit zu keinem akuten Diphtheriefall in der Schule und in den Familien. Verf. schätzt danach die Gefahr der Diphtheriebazillenträger als gering.

Die beobachtete Zeit erscheint dem Referenten als zu gering, um von einer „Ungefährlichkeit" der Bazillenträger reden zu können; erst wenn diese trotz ungünstiger Witterungsverhältnisse keine Infektionen bewirkt haben, dürfte die Ansicht des Verf. zu Recht bestehen.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

J. D. Rolleston. *Diphtheria of the oesophagus.* (Brit. Journ of childrens dis., Januar 1912.)

Im Anschluß an einen selbst beobachteten Fall von Diphtherie des Ösophagus (in dessen unterem Drittel), der durch Rachen- und Kehlkopfdiphtherie ad exitum kam, bespricht Verf. die in der Literatur mitgeteilten derartigen Fälle. Die Diagnose wurde in der vorbakteriologischen Zeit häufiger gestellt; mitunter schon intra

vitam. In der neueren Literatur sind nur 22 Fälle zu finden. Bei Überstehen der Krankheit können die Narben im Ösophagus Anlaß zu Strikturen geben. Eckhardt.

Max Massini. *Erschwertes Decanulement infolge von Verbiegung der vorderen Trachealwand nach Tracheotomia superior und Einfluß des Diphtherieserums auf die Zeit der Vornahme des Decanulements.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVI, S. 402—416.)

Verf. berichtet über einen Fall von Ventilstenose der Trachea bei einem $1^1/_2$jährigen Kinde, der durch die von Schmieden angegebene Bougiekanüle geheilt wurde, nachdem Intubation nicht zum Ziele geführt hatte. Die Ventilstenose ist nach Ansicht des Verf. häufiger, als man glaubt. Da bei frühzeitiger Entfernung der Kanülen die Gefahr der Ausbildung von Stenosen verringert wird, sollte der Versuch dazu stets gemacht werden. Seit Einführung des Diphtherieserums kann die Kanüle oft schon nach 24 stündigem Liegen ohne Gefahr entfernt werden. H. Vogt.

D. A. Ssokoloff (St. Petersburg). *Ein Phantom zum Unterricht in der Intubation.* (Pädiatrija, Mai 1912.)

Beschreibung eines vom Verf. seit 20 Jahren zu Unterrichtszwecken verwandten und von ihm selbst konstruierten Phantoms. Zunge, Larynx, Pharynx, harter und weicher Gaumen usw. werden durch ein natürliches anatomisches Präparat dargestellt.

Schlieps (Charkow).

W. Hering (Klettwitz). *Perirenales Hämatom nach Scharlach.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 1.)

Bericht über einen in der Scharlachrekonvaleszenz subakut einsetzenden paralytischen Ileus, der durch eine stetig zunehmende Blutung in das retroperitoneale Gewebe ausgelöst wurde. Linksseitige Hodenschwellung ließ an Netzinkarzeration denken, für Blutung sprach nur die große Blässe des Kindes. Die Niere war gesund. Trotz Operation Verschlimmerung der Peritonitis, Exitus.

E. Nagel-Hoffmann.

Glomset. *Intraleucocytic bodies in scarlet fever.* (Leukozytenkörper bei Scharlachfieber.) (Journ. Infect. Disssert., November 1912.)

Die von Döhle beschriebenen intraleukozytischen Gebilde finden sich bei verschiedenen fieberhaften Krankheiten und auch bei gesunden Personen. Sie sind nukleären Ursprungs und können durch Schütteln des Blutes hervorgerufen werden. Ätiologisch sind sie ohne Bedeutung. Wachenheim (New York).

Nesbit. *Books as carriers of scarlet fever.* (Bücher als Scharlachfieberträger.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 26. Oktober 1912.)

Verf. meint, daß der Beweis fehle, wenigstens möchten Bücher von Scharlachfieberpatienten höchstens auf kurze Zeit die Krankheit

übertragen. Allenfalls wäre es am besten, die Bücher zu verbrennen oder zu desinfizieren, für letzteres Verfahren wird die Karbolpetroleumäthermethode von Beebee empfohlen.

Wachenheim (New York).

H. Bongartz. *Sind die Einschlüsse in den polynukleären Leukozyten bei Scharlach als pathognomonisch zu betrachten?* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, IL, 2124.)

Auf Grund von Untersuchungen an der Nürnberger Kinderklinik kommt Verfasser zu folgenden Schlußsätzen:

1. Im Blute der Kinder finden sich weitaus in den meisten Fällen im Protoplasma der polynukleären Leukozyten Einschlüsse, die sich vom Kerne durch ein weniger intensives Färbungsvermögen unterscheiden.

2. Zur Zeit fieberhafter Krankheiten scheinen sich diese Einschlüsse zu vermehren, und zwar sind sie in manchen Fällen fast in jedem Leukozyten nachzuweisen.

3. Es ist nicht möglich, diese Einschlüsse im Blute als pathognomonisch für eine Krankheit, also auch nicht für Scharlach, anzusprechen. A. Keller (Berlin).

Felix v. Szontagh. *Angina und Scharlach.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVI, S. 654—677.)

Verf. versucht weitere Stützen beizubringen für die von ihm schon mehrfach vertretene Anschauung, daß der Scharlach nicht zu den spezifischen kontagiösen Erkrankungen gehört. Angina und Scharlachfieber sind nach ihm identische Krankheitprozesse, bei denen der verschiedenartige Verlauf nur von der verschiedenartigen Reaktion des Organismus abhängt. Daß man zwischen skarlatinöser und einfacher Angina, zwischen Scharlachexanthem und scharlachähnlichen Hautausschlägen eine scharfe Grenze nicht ziehen kann, wird man dem Verf. zugestehen müssen. Er erörtert die häufigeren Komplikationen und Nachkrankheiten der Angina und des Scharlachfiebers, die identisch, nur an Intensität und Häufigkeit des Vorkommens unterschieden sind. Dafür vermag Verf. eine Erklärung nicht zu geben. Auch wirft er selbst die Frage auf: „Wie können diejenigen Tatsachen erklärt werden, die den Schein der Kontagiosität der einfachen Angina und des Scharlachfiebers zu erwecken imstande sind?“ und muß die Antwort schuldig bleiben. So setzt er an die Stelle einer gewiß in mancher Hinsicht angreifbaren Lehre eine andere, die ebenso viele Schwächen aufweist. H. Vogt.

M. M. Gukow (Brjansk). *Über Scharlachschutzimpfungen.* (Wratsch. Gas., 1912, Nr. 13.)

Verf. hält das Gabritschewsky-Serum zurzeit für das einzige wirksame Mittel im Kampfe mit dem Scharlach.

Schlieps (Charkow).

P. Rutkowsky. *Eine am 27. Juli 1911 ausgeführte Injektion mit Scharlachserum, das aus dem kaiserl. Institute für experimentelle Medizin vom 28. Februar 1908 (Serie 110, Partie 21) stammte.* (Wratsch. Gas., 1912, Nr. 13.)

Gut is' gangen, nix is' g'schehn! Es fragt sich jedoch, wozu mehr Mut gehört, ein fast dreieinhalb Jahre altes Serum zu injizieren oder derartiges zu veröffentlichen. Schieps (Charkow).

W. A. Busch (St. Petersburg). *Zur Frage über die Anwendung des Antistreptokokkenvakzins von Gabritschewsky.* (Wratsch. Gas., 1912, Nr. 13.)

Nach einer kurzen Literaturübersicht und nach Mitteilung eigener Beobachtungen kommt der Verf. im wesentlichen zu folgenden Schlüssen. Das Scharlachvakzin von Gabritschewsky ist bei Beobachtung gewisser Vorsichtsmaßregeln unschädlich. Die nach der Injektion auftretenden Krankheitserscheinungen haben in klinischer Beziehung mit dem Scharlach viel Gemeinsames, obwohl die einzelnen Symptome in ungeordneter Weise auftreten und eine Ansteckungsgefahr für die Umgebung nicht vorhanden ist. Überhaupt sind die Reaktionserscheinungen für den Gesundheitszustand eines Kindes ungefährlich. „Obwohl das Gabritschewsky-Serum nicht Anspruch auf eine Spezifizität erheben kann, so ist es scheinbar doch imstande einer Erkrankung an Scharlach vorzubeugen." Es sind 3 Injektionen in Intervallen von je 7 Tagen nötig. Die Dosis schwankt für Kinder von 4 bis 10 Jahren zwischen 0·5 bis 1·0. Gegenindikationen sind Nephritis und bevorstehende operative Eingriffe. Erkrankungen an Scharlach trotz dreimaliger Injektion sind äußerst selten. Bei Kindern unter 2 Jahren fehlen die Reaktionserscheinungen oft ganz. Die Zeit des Eintritts und die Dauer der Immunität läßt sich vorläufig nicht genau bestimmen. Schlieps (Charkow).

A. E. Ssisemsky (Chersson). *Über das Antistreptokokkenvakzin nach G. N. Gabritschewsky als Bekämpfungsmittel von Scharlachepidemien.* (Wratsch. Gas., 1912, Nr. 13.)

Schlieps (Charkow).

I. Russakow. *Versuch einer prophylaktischen Anwendung des Scharlachvakzins von Gabritschewsky in Jalutorowsk.* (Wratsch. Gas., 1912, Nr. 13.)

Auch diese beiden Autoren haben mehr oder weniger günstige Eindrücke von der Wirksamkeit des Gabritschewsky-Serums gewonnen. Schlieps (Charkow).

A. Banks Raffle. *School closure in measles.* (Lancet, 3. Februar 1912.)

Durch statistische Erhebungen an von ihm überwachten Schulen hat Verf. festgestellt, daß rechtzeitiger Schulschluß bei Beginn einer Masernepidemie den größten Teil der (noch empfänglichen) Kinder

vor der Erkrankung retten kann, daß also die Ansteckungsmöglichkeiten außerhalb der Schule eine geringe Rolle spielen.

Eckhardt (Breslau).

J. Allan. *Morbilloform rash in a child.* (Brit. Journ. of childrens dis., März 1912.)

Bei einem 13 Jahre alten Mädchen trat 2 Tage nach einer unter Chloroform-Äther-Anästhesie ausgeführten Tenotomie eines Augenmuskels ein morbillenähnlicher Ausschlag auf, der das Gesicht frei ließ. Andere Masernsymptome waren nicht vorhanden, auch kein Fieber. Die Ursache des Ausschlages blieb unklar. Eckhardt.

Mallory and **Hornor.** *Pertussis: histologic lesion in respiratory tract.* (Histologische Läsion in den Atemwegen bei Keuchhusten.) (Journ. med. Research, November 1912.)

Verff. finden einen äußerst kleinen Bazillus zwischen den Wimpern des Laryngeal-, Bronchial- und wahrscheinlich auch Nasenepithels. Sie meinen, daß dieser Keim bloß funktionsbehindernd wirkt, die Entfernung der Sekrete durch die Wimpern stört und so Hustenreiz erzeugt. Die Identität dieses Bazillus mit dem von Bordet und Gengou ist wahrscheinlich, aber bisher noch nicht sicherzustellen.

Wachenheim (New York).

Duthoit. *Behandlung von 62 Fällen von Keuchhusten mit dem Bordet-Gengouschen Serum.* (Ann. de la soc. roy. de scienc., Bruxelles, 1912, Bd. LXX, 5, S. 378.)

Zur Anwendung gelangte ein mit dem Bordet-Gengouschen Bazillus hergestelltes Immunserum. Selbst bei Injektion großer Mengen war der Erfolg sehr gering. Th. Messerschmidt (Straßburg).

E. Erlenmeyer (Freiburg i. Br.). *Das Blutbild bei Pocken und Impfpocken.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 1.)

Bei 2 Pockenfällen konnte Erlenmeyer die von Kämmerer beschriebene Veränderung des Blutbildes beobachten (mäßige Leukozytose, relative Verminderung der neutrophilen polynukleären und relative und absolute Vermehrung der großen einkernigen Lymphozyten). Vier revakzinierende 12jährige Knaben, die er nach der Impfung 17 Tage lang untersuchte, zeigten keine Spur dieser Veränderung. Die Blutuntersuchung kann also auch bei Revakzinierten zur Diagnosestellung benutzt werden.

E. Nagel-Hoffmann.

Meder (Köln). *Zwei Fälle von verspäteter Abheilung von Impfpusteln.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 4.)

Eine Vakzina serpiginosa, die erst am 21. Tage abzuheilen begann, und ein Impfrezidiv 33 Tage nach der Impfung, beide nach Anwendung wohl nicht ganz vollwertiger Lymphe (Verzögerung respektive zu kurze Dauer der Immunität).

E. Nagel-Hoffmann.

Hedrén (Stockholm). *Pathologische Anatomie und Infektionsweise der Tuberkulose der Kinder, besonders der Säuglinge.* (Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh., Bd. LXXIII, S. 273.)

Der Verf. bezeichnet als leitendes Prinzip seiner Arbeit, bei den Sektionen die Lymphdrüsentuberkulose in Beziehung zum Quellgebiet der Drüsen zu untersuchen, um so ältere tuberkulöse Herde in dem betreffenden Gebiete festzustellen. Verf. berichtet eingehend die Sektionsprotokolle nebst schematischen Skizzen von 47 tuberkulösen Kindern, die weniger als 1 Jahr alt waren. Von diesen hatten 26 keine älteren tuberkulösen Veränderungen im Darm und den mesenterialen Drüsen. Von diesen 26 hatten 25 (= 96·15%) primäre Lungentuberkulose; nur einmal war ohne Befund eines älteren Lungenherdes Verkäsung der Bronchialdrüsen nachzuweisen.

Unilaterale Lungeninfektion fand sich in 84%.

21 mal beobachtete Verf. ältere Tuberkulose der bronchialen und mesenterialen Lymphdrüsen (darunter 7 mal Tuberkulose der zervikalen Lymphdrüsen).

Eine isolierte Darm- beziehungsweise Mesenterialdrüsentuberkulose kam nicht zur Beobachtung.

Als reine Aspirationstuberkulose deutet Verf. 44 Fälle, sie bildet somit die häufigste Form, während die primäre Deglutitionstuberkulose (nicht beobachtet vom Verf.) selten vorkommt; sekundär spielt sie bei der Tuberkulose der Kinder eine große Rolle. Bei den Kindern über 1 Jahr liegen ähnliche Verhältnisse vor, auch spielt die Aspirationstuberkulose die Hauptrolle (140 von 152 Fällen).

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

A. H. Tubby. *Indications for surgical interference in the treatment of tuberculous joint disease in children.* (Lancet, 6. Januar 1912.)

Verf. will operatives Vorgehen bei tuberkulösen Gelenkserkrankungen im Kindesalter auf diejenigen Fälle beschränkt wissen, die nach monate- bis jahrelangem konservativem Verfahren (klimatische Behandlung usw.) nicht heilen. Die Resultate des letzteren Verfahrens seien durchschnittlich besser, ein Eingriff berge überdies immer die Gefahr einer Aussaat der Tuberkulose in sich.

Eckhardt (Breslau).

W. Ceelen. *Eine eigenartige Form von tuberkulöser Lebererkrankung bei einem 6jährigen Kinde.* (Char.-Ann., 1912, Bd. XXXVI, S. 324.)

Bei einem 6jährigen Kinde mit chronischer Tuberkulose der Lungen, Bronchialdrüsen des Darmes und der Halswirbelsäule fand sich eine großknotige Tuberkulose der Leber.

R. Weigert (Breslau).

J. Calvé. *De l'importance des hôpitaux marins dans le traitement des tuberculeuses chirurgicales.* (Arch. de méd. des enf., XV, 8.)

Calvé glaubt, daß das Seeklima für die Behandlung der chirurgischen Tuberkulose dem Höhenklima überlegen sei, ohne aber

genügend beweiskräftige Tatsachen beibringen zu können. Zweifellos lassen sich an der See schöne Erfolge erzielen und das ist um so erfreulicher, als Höhenkuren von Minderbemittelten vorläufig kaum durchzuführen sind. Eine Überlegenheit würde sich in erster Linie in einer kürzeren Heilungsdauer zeigen und was die wenigen diesbezüglichen von Calvé angeführten Zahlen betrifft, scheint die Heilungsdauer an der See keine kürzere zu sein. — Außer einer Vervollkommnung der für die Kuren notwendigen Einrichtungen in den Seehospizen hält Calvé die Angliederung von Schulen und Ausbildungsanstalten für Krüppel, wie es deren in Deutschland bereits mehrere gibt, für wünschenswert. Thorspecken (Bremen).

Di Cristina. *Ulteriore contributo clinico ed anatomopatologico alla cardiocirrosi tubercolare dell' infanzia.* (Weitere klinische und pathologisch-anatomische Beiträge zur Kenntnis der tuberkulösen Kardiozirrhose im Kindesalter.) (Gazz. intern. di med. i chir., n. 40, 1912.)

R. hatte bei Erforschung der tuberkulösen perikardischen Synechie hervorgehoben, daß dieselbe von Stauungsleber oder von Stauungsleber mit Perihepatitis oder Leberzirrhose begleitet sein kann. Letztere Form von Komplikation der Leber ist außerordentlich selten. R. berichtet über 2 auch pathol.-anatomisch studierte Fälle. In einem gesellte sich zur perikardischen Synechie Leberzirrhose; im andern war die Glissonsche Kapsel in mäßigem Grade angegriffen. Verf. behauptet, daß Zirrhose keine direkte Folge der perikardischen Synechie, sondern eine Folgeerscheinung der Stauung des Pfortaderkreislaufes sei, welche auf erschwerten Abfluß der superhepatischen Venen zurückzuführen wäre. In letzterem Falle, wo Herzkompensation auftrat, war keine Stauung der Porta zu bemerken.

Die Krankheit setzt in Form einer Polyserositis ein: die Ätiologie ist in der Lokalisation des Kochschen Bazillus in den Serosen zu erblicken. Verlauf ist langsam, solange keine Herzkomplikationen auftreten; mit letzteren sind schließlich auch Leberstörungen verbunden. Die Tuberkulose verläuft langsam, beinahe milde, mit Tendenz zur Sklerose, wenn nicht hemmende Wirkungen zuungunsten des Herzmechanismus dazwischenkommen oder nicht irgendwie besondere Umstände den Verlauf beschleunigen oder schwerer gestalten. Dolti (Florenz).

Reiter (Königsberg). *Beeinflußt das Salvarsan die Intensität der Antikörperbildung?* (Zeitschr. f. Immunitätsforsch. u. exper. Therap., Bd. XV, S. 116.)

Die Frage ist insofern von Interesse, als die Wirkung der Arsenpräparate bei der Syphilis von Uhlenhuth durch Erhöhung der Antikörper und Vermehrung der Zelltätigkeit erklärt wird. Leider prüfte Verf. nicht alle Antikörper, sondern nur die Agglutinine und Opsonine (Tropine). Die Frage umfaßt daher mehr, als die Antwort gibt. Diese beiden Antikörper werden nicht wesentlich vermehrt.

Th. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

C. T. Marshall. *Mortality and morbidity in hereditary syphilis.* (Brit. Journ. of childrens dis., Januar 1912.)

Verf. teilt Statistiken mit von Fournier über Mortalität und Morbidität bei Übertragung der Lues durch den Vater oder die Mutter aufs Kind und von Hochsinger über Erfahrungen betreffend das Schicksal der hereditär luetischen Kinder; er bespricht ferner seine eigenen Erfahrungen. Verf. betont die Notwendigkeit einer mindestens 2 Jahre lang fortgesetzten Quecksilberbehandlung der Erwachsenen wie der hereditär luetischen Kinder und spricht sich scharf gegen Salvarsan aus, das nicht imstande sei, in wenigen Gaben Syphilis zu heilen und außerdem gefährlich sei. Eckhardt.

C. T. Marshal. *The paternal transmission of syphilis.* (Brit. Journ. of child. Dis., Mai 1912.)

Polemik gegen Matzenauer, der behauptet, jede angeborene Lues sei von der (eventuell durch den Vater infizierten) Mutter intrauterin erworben. Matzenauers Argumente werden widerlegt; z. B.: es sei unwahrscheinlich, daß die Mutter als Quelle der Übertragung nicht primäre und sekundäre Erscheinungen zeige. Ferner: die Spiroch. pallida brauche nicht im Spermatozoon ins Ei einzudringen, sondern könne neben ihm einwandern. Auch brauche sie nicht das Ei (durch Vermehrung) zu zerstören; sie nehme in ihm wahrscheinlich zunächst eine Ruhe- (Sporen-?) Form an und die Vermehrung beginne erst im Embryo. Eckhardt (Breslau).

Duncan C. L. Fitzwilliams. *Syphilitic affections of bones met with in childhood.* (Brit. Journ of childrens dis., März 1912.)

Die syphilitische Affektion der Knochen tritt bei Kindern nach Verf. in 4 Formen auf: Epiphysitis (besser Perichondritis); Daktylitis, gummöse Form und Osteomyelitis. Alle 4 Formen werden ausführlich beschrieben, durch gute Röntgenbilder illustriert, differentialdiagnostische Merkmale (gegen Tuberkulose, infantilen Skorbut usw.) mitgeteilt. Außer der Quecksilberbehandlung empfiehlt Verf. bei Affektionen der langen Knochen, die mit Schmerzen einhergehen, operativen Eingriff. Eckhardt.

J. L. Bunch. *Hereditary syphilis and its treatment by Arsenobenzol („606").* (Brit. Journ. of childrens dis., April 1912.)

Da die Erfolge der üblichen (Quecksilber-) Behandlung bei hereditärer Lues nicht gut seien, hält Verf. die Verwendung von Salvarsan für erwünscht und berechtigt. Eigene Versuche, die er mitteilt, zeigen sofortige Beeinflussung der Symptome und Besserung des Allgemeinbefindens. Ein- oder zweimalige (intranukleare oder intravenöse) Injektionen genügen aber nicht zur vollständigen Heilung. Verf. empfiehlt, Salvarsan in Kombination mit Quecksilberbehandlung zu verwenden. Eckhardt.

Eug. Andronesco und **F. Saratzeano.** *La réaction des Wassermann dans le diagnostic de l'hérédo-syphilis.* (La Presse Méd., 1912, Nr. 27.)

Auf Grund ihrer Beobachtungen an der Bukarester Klinik kommen die Verff. zu folgenden Schlußsätzen:

Das Collessche Gesetz besteht zu Recht. Die Mütter syphilitischer Kinder verhalten sich gegenüber der Wassermannschen Reaktion wie bei florid akquirierter Syphilis. Die Plurinatalität hat keinen Einfluß auf die Reaktion. Die Reaktion ist bei hereditärer Syphilis, selbst in den Fällen, in denen keine sichtbaren Erscheinungen bestehen, positiv. Sie ist intensiver bei hereditär-syphilitischen Kindern als bei deren Müttern, welche keine sichtbaren Erscheinungen aufweisen. A. Keller (Berlin).

Dominici. *Alterazioni istopatologiche del cordone ombelicale nelle sifilide.* (Histopathologische Veränderungen der Nabelschnur bei Syphilis.) (Rassegna di Pediatria, Nr. 6, 1912.)

Verf. hat verschiedene Nabelschnüre hereditär syphilitischer Foten histologisch und makroskopisch untersucht; dieselben bieten ein von den normalen verschiedenes Bild und haben bis aufs Doppelte an Dicke zugenommen. Die schwersten und ausgedehntesten Veränderungen sind am äußersten plazentaren Ende lokalisiert. Am häufigsten treten Veränderungen in Form von Gummen auf, die sich jedoch zuweilen auf Entzündungsvorgänge beschränken, wie sie auch bei anderen chronischen Leiden zu finden sind. Häufig ist Spirochaete pallida nachweisbar. Von den anderen charakteristischen Veränderungen der Syphilis beobachtete Verf. am häufigsten Gefäßläsionen, seltener jedoch die in Form von perivaskulären gummösen Knötchen. Dolti (Florenz).

J. R. Charles. *'A case of myatonia congenita.* (Brit. Journ of childrens dis., Januar 1912.)

Patient, ein Knabe, kam im Alter von 6 Jahren in Beobachtung; nicht erblich belastet, stammt nicht von Blutsverwandten; Geschwister gesund. Er ist geistig normal. Die Symptome sind am deutlichsten an Armen und Beinen, distalwärts zunehmend. 3 Abbildungen. Keine Beteiligung anderer Organe. Eckhardt.

J. W. Simpson. *Über Enuresis der Kinder.* (Edinburgh med. Journ., N. S., X, S. 49—54.)

Verf. bespricht im wesentlichen die Behandlung der Enuresis. Auffallend erscheint dabei, welche große Bedeutung er der Reaktion des Harns beilegt. Für Fälle mit normaler Beschaffenheit des Harns empfiehlt er Hebung des Allgemeinzustandes und danach die Verwendung von Belladonnatinktur in steigender Dosis während längerer Zeit. In Fällen mit starker Azidität des Harns gibt er zunächst Kalium citricum und dann ebenfalls Belladonna, bei fleischarmer Ernährung. In Fällen mit alkalischem Harne sind die Kohledydrate aus der

Nahrung auszuschalten und dann ist auch Belladonna zu verwenden. Ist der Harn bazillenhaltig, so ist bei stark saurer Reaktion Kalium citricum angezeigt, dann Urotropin oder Salol. Verf. scheint von suggestiver Behandlung der Enuresis wenig zu halten, erwähnt aber, daß er Heilungen nach Entfernung adenoider Wucherungen gesehen hat, und empfiehlt Luftveränderung und Wechsel der Umgebung.

H. Vogt.

L. Azgoitia. *Traitement d'un cas de hémichorée droite, avec hémiplégie et accès apoplectiformes.* (Arch. de méd. des enf., XV, 12.)

Erfolg von Jodlebertran und Arsen(!).

Thorspecken (Bremen).

P. Bueri. *Un cas rare de syndrome pédonculaire.* (Arch. de méd. des enf., XV, 12.)

7jähriges Kind. Gleichzeitige Hemiplegie und Fazialislähmung; Ptosis und andere Augenmuskelstörungen auf der entgegengesetzten Seite. Später trat Amaurose dieses Auges und beginnende Amblyopie des andern Auges hinzu. Keine Stauungspapille. — Der Sitz des Tuberkels muß im unteren Teile des Pedunculus angenommen werden. Schwierigkeiten bereitet aber die Amaurose, da eher eine Hemianopsie zu erwarten wäre. Zur Erklärung ist die Annahme erforderlich, daß der Krankheitsprozeß durch die Lymphräume des Tractus opticus fortgeleitet eine Neuritis des Nervus opticus verursachte, dann auf das Chiasma und den andern Nervus opticus übergriff.

Thorspecken (Bremen).

Ernst Meier. *Über einen Fall von totaler Erweichung beider Großhirnhemisphären bei einem 5 Monate alten Kinde.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVI, S. 552—567.)

Verf. schildert eingehend den makroskopischen und mikroskopischen Obduktionsbefund bei einem Säuglinge, der in der 9. Lebenswoche unter Erbrechen und Auftreibung der Fontanelle an heftigen Krämpfen erkrankt und im Alter von 5 Monaten an Empyem der Pleura verstorben war. Es fand sich eine fast vollkommene Erweichung der Großhirnhemisphären im Bereiche des weißen Marklagers. Dies war vollkommen zerstört bis auf das bindegewebige Gerüst, in das Fettkörnchenzellen und Fettkörnchenkugeln sowie Myelinschollen eingelagert waren. Besonders in den Randbezirken der oberflächlichen Windungen der Hinterhörner fanden sich starke Kalkablagerungen. Die Untersuchung konnte nicht aufklären, warum die Erweichung der Großhirnhemisphäre eingetreten war. H. Vogt.

J. Turner. *Two cases amaurotic idiocy or Tay-Sach's disease.* (Brit. Journ. of child. Dis., Mai 1912.)

Zwei Fälle von amaurotischer Idiotie, die beide ad exitum kamen, mit charakteristischen mikroskopischen Befunden im Gehirn

und seinen Häuten. Auffallend sei das erreichte Alter: der eine Patient, Mädchen, wurde 13, der andere, Knabe, 5 Jahre alt, sonst sei 3 Jahre die Grenze. Das Mädchen war jüdischer Abstammung; der Knabe aber nicht, was auffallend sei, da die Krankheit bisher nur bei Juden beobachtet sei. Verf. hält Lues als Ätiologie nicht für ausgeschlossen.

Ausführliche Mitteilung der mikroskopischen Befunde; 2 Abbildungen von letzteren, eine des Mädchens selbst.

Eckhardt (Breslau).

A. P. Braunstein (Charkow). *Zwei Fälle von familiärer, amaurotischer Idiotie (Tay-Sachsscher Krankheit).* (Wratsch. Gas., 1912, Nr. 36.)

Ausführliche Mitteilung der gut beobachteten Fälle.

Schlieps (Charkow).

Eastmann and **Rosanoff.** *Association in feeble-minded and delinquent children.* (Assoziationsvermögen schwachsinniger und delinquenter Kinder.) (Amer. Journ. of Insanity, Juli 1912.)

Verff. betonen den Wert der Assoziationsproben bei der Diagnose.

Wachenheim (New York).

Stone. *Practical points in treatment of enlarged cervical glands in children.* (Behandlung vergrößerter Zervikaldrüsen bei Kindern.) (Boston Med. & Surg. Journ., 17. Oktober 1912.)

Verf. betont die Behandlung der primären Erkrankung.

Wachenheim (New York).

J. Dandoy. *De l'abcès retro-pharyngien pendant la première année de la vie.* (Arch. de méd. des enf., XV, 12.)

Empfehlung von heißen Irrigationen des Rachens.

Thorspecken (Bremen).

A. Denker (Halle). *Zur Technik und Verwendbarkeit der Intercricothyreotomie.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 1.)

Denker hat Boteys Methode (Transversalschnitt mit zweischneidigem Messer von bestimmter Länge durch das Lig. conicum) an 50 Leichen nachprüfen lassen und fand dabei nur einmal eine Verletzung der A. cricothyreoidea. Die Gefahr der Gefäßverletzung ist, wenn man direkt am oberen Rande des Ringknorpels einschneidet, geringer als bei sagittalem Schnitt. Er empfiehlt ein Instrumentarium aus vier Messern von verschiedener Länge und entsprechenden Kanülen für die verschiedenen Lebensalter. Indikation: Dringendste Lebensgefahr, z. B. auch Fremdkörper oder nur temporäre Eröffnung der Trachea (Lufteinblasung bei Atmungsstillstand in der Chloroformnarkose). E. Nagel-Hoffmann.

L. Pussep. *Operative Behandlung des Hydrocephalus internus bei Kindern.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LIX, H. 3/4.)

Pussep modifizierte und vereinfachte die Krausesche Drainage der Ventrikel folgendermaßen: Nach Trepanation wird ein zungenförmiger Lappen aus der Dura ausgeschnitten und der Länge nach gespalten. Dann wird eine zusammenlegbare silberne Nadel, die aus mehreren aneinander geschraubten Teilen besteht, in den Ventrikel eingeführt und der überflüssige Teil abgeschraubt. Die Enden des überstehenden Röhrchens werden nach beiden Teilen abgebogen und auf den beiden Lappen der Dura festgenäht. Dadurch ist eine Kommunikation des Liquors sowohl mit dem submeningialen Duralsack wie mit den Hautdecken des Schädels gewährleistet. Vorstülpungen der Hautdecken werden eventuell öfter punktiert. Wenn keine solchen mehr auftreten, wird das Röhrchen, meist nach 2 bis 4 Monaten, entfernt. Der Kanal bleibt augenscheinlich noch lange offen.

Von 10 so operierten Kindern mit Hydrocephalus int. chron. starb nur eins. (Der Tod wurde durch starkes Kollabieren des sehr großen Hirnmantels und durch Kompression des Kleinhirns verursacht.) Von den übrigen zeigten namentlich diejenigen, die noch rechtzeitiger zur Operation kamen, deutliche Besserungen. Sehr gut war ferner der Erfolg bei einem Falle von akutem Hydrozephalus infolge Meningitis serosa. In 3 Fällen von Hirntumoren wurde ein guter palliativer Erfolg erzielt.

Die Resultate der Operation sind jedenfalls recht beachtenswert.

Thorspecken (Bremen).

Mandlebaum. *Pathology of primary splenomegaly (Gaucher type).* (Pathologie der primären Splenomegalie, Typus Gaucher.) (Journ. Exper. Med., Dezember 1912.)

Verf. berichtet über das Sektionsergebnis bei einem 4jährigen Knaben. Leber, Milz, Lymphdrüsen und Knochenmark lassen ein Hämosiderin enthaltendes Pigment und große multinukleäre Zellen nachweisen. Im Frühstadium findet man große Phagozyten in den Keimzentren des blutbildenden Systems: diese werden allmählich in der Leber zerstört, dabei kommt es zur interstitiellen Bildung von Bindegewebe. Die Krankheit verläuft ohne Neigung zur Bösartigkeit und der Exitus erfolgt stets durch interkurrente Erkrankungen. Ätiologisch scheint familiäre Prädisposition zu einer bisher unbekannten Intoxikation die Hauptrolle zu spielen.

Wachenheim (New York).

Cumston. *Appendicitis in infancy and early childhood.* (Appendizitis im frühen Kindesalter.) (Med. Record, 7. Dezember 1912.)

Die verhältnismäßig schlechte Prognose ist dadurch bedingt, daß die Frühdiagnose sehr schwierig ist oder der Fall überhaupt nicht erkannt wird. Sorgfältige Untersuchung der Ileocökalgegend wird die Prognose erheblich bessern. Wachenheim (New York).

Trumpp. *Rektaler Schleimepithelpfropf und Darmstenosen beim Neugeborenen.* (Jahrb. f. Kinderh., LXXVI, S. 678—694.)

Ein etwa 5 Wochen zu früh geborenes Mädchen entleert nach Klysma einen Schleimepithelpfropf, ein Gebilde, das außen mit einer schleimiggallertigen Oberhaut überzogen war und im Innern neben Mekonium gelblichweiße geschichtete Massen enthielt, die aus Schleim- und abgestoßenen Epithelien zusammengesetzt waren und zum Teil Konkremente aus kohlensaurem Kalk enthielten. Als Ursache der bisher noch selten beobachteten Schleimepithelpfröpfe vermutet Verf. eine Enteritis membranacea, die sich in den letzten Fötalmonaten abspielt. Abgesehen von dieser praktisch wenig bedeutungsvollen Anomalie, hatte das Kind eine hochgradige Stenose des obersten Jejunums sowie eine zweite etwa 4 bis 5 cm weiter abwärts gelegene Darmstenose. Es ging nach Anlegung einer hochsitzenden Darmfistel am 10. Lebenstage an Inanition zugrunde. Die meisten angeborenen Verengerungen des Darmes sitzen im Duodenum oder im Coecum, also denjenigen Abschnitten, die in der Fötalzeit im Niveau des späteren Nabelringes liegen, wo sie einem Druck am ehesten ausgesetzt sind. Für einen operativen Eingriff erscheint es erwünscht, den Sitz des Hindernisses vor der Operation bestimmen zu können. Bei hochsitzenden Stenosen setzt das Erbrechen zeitiger ein.

Wird nur Schleim per rectum entleert, so ist ein Verschluß der untersten Darmabschnitte wahrscheinlich. Hochsitzende Stenosen können von dem noch flüssigen Darminhalte leichter überwunden werden, so daß häufigere kleinere Entleerungen möglich sind, während diese bei Dickdarmstenosen nur periodisch erfolgen. Bei hochsitzenden Stenosen kann zunächst die Oberbauchgegend stark aufgetrieben erscheinen, doch ist dies Verhalten nicht immer deutlich. Tiefsitzende Darmstenosen können vorgetäuscht werden, wenn ein stark gekrümmtes oder kontrahiertes S romanum dem Eindringen einer Darmsonde Widerstand leistet. Verf. schlägt vor, bei unbekannter Lokalisation einer hochsitzenden Stenose eine Gastroenterostomie zu machen.

H. Vogt.

J. Vas. *Dystopie der inneren Genitalien bei Mädchen im frühen Kindesalter.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVI, S. 568—572.)

Verf. macht darauf aufmerksam, daß bei Hernien, die bei kleinen Mädchen auftreten, verhältnismäßig oft Ovarien oder Tuben und Uterus im Bruchsack angetroffen werden. Diese Art der Verlagerung der Genitalorgane ist besonders von englischen Autoren ziemlich häufig beobachtet worden. In solchen Fällen scheint es sich meist um Hernien zu handeln, die sehr früh aufgetreten sind, und Inkarzerationserscheinungen scheinen dabei recht oft vorzukommen. Unter dem Materiale des Stefanie-Kinderspitals in Budapest fand Verf. unter 98 Mädchen, die zur Operation einer Hernie aufgenommen wurden, 8 Fälle von abnormer Lage der inneren Genitalien, was 8·8 % sämtlicher Fälle entsprechen würde. H. Vogt.

A. Prèves. *Résultats éloignés et traitement des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'enfant.* (Arch. de méd. des enf., XV, 10.)

Ausführliche Studie über die Frakturen des unteren Humerusendes beim Kinde an der Hand eines großen Materials mit mehreren Abbildungen. Thorspecken (Bremen).

D. Lebedev. *Eine seltene Kombination von 3 angeborenen Anomalien — Urachusfistel, Nabelstrangbruch und Kryptorchismus — bei einem Kind.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LIX, H. 3/4.)

Operation nach Mikulicz. Heilung.

Thorspecken (Bremen).

Fürsorge und Hospitäler.

Schrader. *Die Todesfälle der Säuglinge nach der Stocklage der Sterbewohnung in Halle a. S., 1909—1911.* (Hyg. Rundsch., 1913, Bd. XXIII, S. 57.)

Während Liefmann für Berlin feststellte, daß die Säuglingssterblichkeit in den Kellerwohnungen und unteren Stockwerken geringer ist als in den oberen, kommt Verf. für Halle zu dem entgegengesetzten Resultat.

Es starben in den Monaten Juni bis September 1909 bis 1911 in 1000 Wohnungen:

Unter- und Erdstock: 12·37; I. Stock 8·89; II. bis Dachstock 9·05.

In den übrigen Monaten:

Unter- und Erdstock: 10·23; I. Stock 6·78; II. bis Dachstock 7·80.

An Magen-Darmkrankheiten beziehungsweise Brechdurchfall starben Juni bis September:

Unter- und Erdstock: 7·89; I. Stock 5·79; II. bis Dachstock 5·91.

In den übrigen Monaten:

Unter- und Erdstock: 2·64; I. Stock 1·38; II. bis Dachstock 1·73.

Verf. sucht die hohe Säuglingssterblichkeit durch mangelhafte Pflege von seiten ungeschulter Mütter beziehungsweise sorgloser Pflegerinnen zu erklären, die außerdem nicht verstehen die Wohnung richtig auszunutzen.

Der Wert der vorliegenden Statistik würde größer sein, wenn die soziale Stellung der Eltern und vor allem der Gesundheitszustand derselben berücksichtigt wären.

T. Messerschmidt (Straßburg i. E.).

Julian Marcuse. *Die Beschränkung der Geburtenzahl.* Ein Kulturproblem. (Verlag von Ernst Reinhardt, München, 1913. Preis M. 2·80.)

Zu der jetzt viel besprochenen Frage bringt Verf. nichts wesentlich Neues. Auffallend ist der Widerspruch, der sich in den Ausführungen findet: im einleitenden Abschnitte weist Marcuse auf den innigen Zusammenhang zwischen Rückgang der Fruchtbarkeit einerseits und steigendem Wohlstande sowie zunehmender Kultur anderseits hin und am Schlusse bezeichnet er als die wahren Gründe des Geburtenrückganges das Ringen um die Existenz, die Stickluft der Wohnungen, die Unterernährung der Massen. Demgegenüber muß doch immer wieder darauf hingewiesen werden, daß der Geburtenrückgang im Auslande wie in Deutschland in Zeiten günstiger wirtschaftlicher Konjunktur eingesetzt hat und daß in der Frage wohl unbedingt die rationalistischen Motive die Hauptrolle spielen. Für die Bekämpfung des Geburtenrückganges empfiehlt Marcuse eine gesunde Wirtschaftspolitik und für die Kompensierung des Schadens, der dem Bevölkerungsbestande aus dem Geburtenrückgang erwächst, eine energische Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit.

A. Keller (Berlin).

A. A. Kisselj (Moskau). *Rolle und Aufgabe der Kinderkrankenhäuser.* (Pädiatrija, April 1912.)

Vortrag, gehalten in der Moskauer Gesellschaft für Kinderärzte zur Gedächtnisfeier Filatows. Schlieps (Charkow).

Ostheimer. *The value of the social service department to the children's dispensary.* (Der Wert des Visitationsdienstes für die Kinderpoliklinik.) (Journ. Med. Amer. Assoc., 30. November 1912.)

Verf. beschreibt die Vorzüge dieser Einrichtung, wie sie jetzt an verschiedenen Polikliniken in den Großstädten der Union im Gange ist. Bei ausgewählten Fällen wird eine geschulte Wärterin ins Haus geschickt, die sich über die sozialen Verhältnisse der Familie informiert, für die allgemeine Hygiene sorgt, die Zubereitung der Milch und Nahrungsmittel demonstriert und dergleichen mehr leistet. Die Erfahrung hat gelehrt, daß mit dieser Beihilfe viele Kinder ambulant behandelt werden können, die sonst ins Hospital müßten. Namentlich bei den Magendarmerkrankungen sind die Erfolge äußerst befriedigend geworden, während früher die ambulante Behandlung bei der Unwissenheit der Mütter kaum mittelmäßige Resultate erzielte.

Wachenheim (New York).

Referate aus der polnischen pädiatrischen Literatur aus dem Jahre 1912.

Zusammengestellt von

Prof. Dr. Lewkowicz, Dr. Bujak und **Dr. Dadej** (Krakau).

Bańkowski und **Szymanowski** (Krakau). *Die toxischen Eigenschaften des Menschenserums.* (Verhandl. d. Akad. d. Wissensch.)

Das normale intravenös injizierte Menschenserum tötet das Meerschweinchen unter dem Bilde des anaphylaktischen Shocks in der Gabe von zirka 0·5% des Meerschweinchengewichtes. Im Verlaufe des Abdominaltyphus kann diese Gabe bis 0·25%, bei Scharlach und Masern bis 0·13% kleiner werden. Das Serum von menschlichen Föten erweist sich beinahe gänzlich atoxisch.

W. Bujak (Krakau). *Zwei Fälle von Gehirnhautentzündung bei Kindern, hervorgerufen durch den Pseudoinfluenzabazillus.* (Rocznik lekarski, II, Heft 3.)

Das eine Kind war 16 Monate, das andere 4 Monate alt. In dem einen klinisch beobachteten Falle war der Ausgang letal. In beiden Fällen wurde als Ursache der Krankheit ein hämoglobinophiler, influenzaähnlicher, für das Kaninchen kaum pathogener Bazillus vorgefunden, der aber im Gegensatze zum typischen Influenzabazillus im nativen Präparate, besonders in den Leukozyten, manchmal sehr lange, den Umfang der Leukozyten übersteigende, zusammengerollte Fäden bildete.

J. Siedlecki (N.-Sandez). *Zur Ätiologie der Melaena neonatorum.* (Przegląd lekarski, Nr. 10.)

Bei der Mutter Symptome des Ulcus rotundum. Die Frage nach dem Zusammenhange der beiden Zustände läßt der Verf. offen.

K. Lewkowicz (Krakau). *Scharlachbehandlung mit Scharlachstreptokokkenserum.* (Daselbst, Nr. 10.)

Deutsch diese Monatsschrift.

W. Puławski (Radziejów). *Zur Behandlung der Diphtherie mit spezifischem Serum.* (Daselbst, Nr. 14.)

Bericht über 37 im Jahre 1911 behandelte Fälle. Vier Fälle werden ausführlicher beschrieben, darunter 2 Fälle von primärem Larynxkrup bei 2 14jährigen Kindern. Viermal war das Serum reinjiziert nach einem Abstande von $1^1/_4$ bis 4 Jahren. Der Verlauf nach diesen Reinjektionen differierte in keiner Richtung von dem gewöhnlichen Verlaufe nach der ersten Injektion; zweimal keine ausgeprägten Symptome, zweimal Ausschläge zwischen dem 7. bis 10. Tage.

S. Ostrowski (St. Petersburg). *Über Urobilinurie und Urobilinogenurie bei Säuglingen.* (Daselbst, Nr. 17.)

Die Untersuchungen wurden an 123 Säuglingen durchgeführt. Die positiven Resultate wurden bei verschiedenen pathologischen Zu-

ständen, aber bei keinem konstant erhalten. Übrigens auch bei gesunden Säuglingen, die teilweise mit Frauenmilch, teilweise mit Kuhmilch genährt werden, konstatiert man manchmal positive Resultate.

Mondschein (Stanisławow). *Einiges über Pyozyanase.* (Daselbst, Nr. 22.)

Kombiniert mit Formamintpastillen gibt Pyozyanase bei schweren Scharlachanginen und ulzerösen Rachenprozessen günstige Resultate.

S. Ostrowski (St. Petersburg). *Die Engel-Turnausche Reaktion im Säuglingsharne.* (Daselbst, Nr. 49.)

Bei 78 gemischt genährten Säuglingen war die Reaktion 34 mal negativ, 44 mal positiv, und zwar positiv hauptsächlich bei Zufütterung mit stark verdünnter Kuhmilch ($^1/_2$ Milch) oder mit Mehlabkochungen. Bei 156 Brustkindern war sie 150 mal positiv (d. h. in 96·2%), dagegen bei 30 künstlich genährten Säuglingen war sie in 29 Fällen negativ (= 96·7%). Die Reaktion hat also unleugbar praktischen Wert und hat auch in der Tat in einigen Fällen dem Verf. ermöglicht, die eigenmächtige Zufütterung der Säuglinge mit Kuhmilch durch die Ammen zu entdecken.

W. Puławski (Radziejów). *Zur Kasuistik der Venenthrombose mit konsekutiver Septikopyämie als Komplikation des Typhus abdominalis.* (Daselbst, Nr. 50 und 52.)

9 jähriger Knabe erleidet noch vor dem Zeitpunkte der wahrscheinlichen Ansteckung ein Trauma am linken Schenkel. Im Verlaufe des Abdominaltyphus entwickeln sich an dieser Stelle frühzeitig die Symptome der Venenthrombose, im Anschlusse daran allgemeine Septikopyämie, welcher der Knabe erliegt.

B. Czaplicki (Lodz). *Die therapeutische Wirkung des Sublimats.* (Przegląd pedyatryczny.)

Die Resultate waren negativ, sowohl was die prophylaktische Wirkung der intravenösen Injektion bei den experimentellen septischen Infektionen beim Kaninchen anbelangt, wie auch bei der therapeutischen Anwendung bei septischen Scharlachfällen. Nur in einem Falle von Rotlauf war die Wirkung scheinbar positiv.

S. Ostrowski (St. Petersburg). *Angeborene Herzfehler bei Säuglingen auf Grund anatomischer Untersuchungen.* (Daselbst.)

Auch in diesen 30 Fällen, wo klinisch die Diagnose „Herzfehler" zu Lebzeiten gestellt worden ist, werden meistens keine klinische Symptome angegeben oder nur systolische Geräusche, manchmal noch Zyanose notiert. Anatomisch wurde auf 40 untersuchte Fälle in 29 Fällen (= 72·7%) Septumdefekt, und zwar entweder allein (17 Fälle) oder in Kombination mit anderen Abnormitäten, am öftesten (5 Fälle) mit Pulmonalstenose oder mit Pulmonalstenose und offenem Botalli-schen Gange vorgefunden. Die Pulmonalstenose wurde 9 mal, die komplette Verwachsung der Pulmonalarterie 2 mal, offener arterieller Gang 8 mal, offenes ovales rundes Loch 10 mal, Aortenstenose 3 mal, Verlagerung der Arterienstämme 1 mal, Mitralstenose 1 mal gefunden. Frische Endokarditis lag 3 mal vor, und zwar immer bei einfachen, nicht kombinierten Fehlern (Septumdefekt, offenes ovales Loch, Aorten-

stenose). In 3 Fällen waren auch außerhalb des Herzens Mißbildungen vorhanden.

M. Gromski (Lodz). *Zwei Fälle von Milzabszeß im Verlaufe von Scharlach.* (Daselbst.)

Kasuistik.

B. Czaplicki (Lodz). *Ein Fall von Lungenabszeß kolossaler Dimensionen beim Kinde.* (Daselbst.)

Kasuistik.

S. Bondy (Warschau). *Periodisches Erbrechen mit Azetonämie bei Kindern.* (Daselbst.)

B. Korybut-Daszkiewicz (Warschau). *Über das sogenannte periodische Erbrechen bei Kindern.* (Daselbst.)

Bondy gibt ein ausführliches Referat aus der Literatur und einen Bericht über 10 eigene Fälle. Der Anfall bei einem Kranken hatte eine ausgeprägt meningeale Färbung: Nackensteifigkeit, Kernigsches Symptom, Brudzinskischer anderseitiger gleichsinniger Reflex, Pupillenerweiterung, Dermographie, so daß an Gehirnhautentzündung gedacht werden konnte. Auch bei einem andern Falle wurden leichte meningeale Symptome während des Anfalls konstatiert (Nackensteifigkeit, Augensymptome, Kernigsches Symptom).

Korybut-Daszkiewicz berichtet über 21 eigene Fälle. Während des Anfalles wurde fast immer im Harne eine Erhöhung der Harnsäure — Azeton — und Indikangehaltes, auch eine Erhöhung des spezifischen Gewichtes (1·010 bis 1·026, meistens zirka 1·020) konstatiert. Interessant ist der Befund, welcher in fast allen Fällen erhoben wurde und welcher auf eine toxische hämorrhagische Pyelonephritis hindeuten würde: geschwollene, perlenähnliche Leukozyten, rote Blutkörperchen, Spuren von Eiweiß, hyaline granulierte Zylinder, gegeschwänzte Zellen, in einem Falle eine Hämaturie. Die Symptome verschwinden in einigen Tagen nach dem Anfalle.

M. Gromski (Lodz). *Zwei Fälle von Rogerscher Krankheit (kongenitale Blausucht).* (Daselbst.)

In dem einen Falle wurde bei der Obduktion folgendes konstatiert: Situs viscerum inversus. Am Herzen lag der linke Vorhof und die linke Kammer rechts, der rechte Vorhof und die rechte Kammer links. Das Septum interventriculare war nicht geschlossen, es lag außerdem eine Transposition der großen Schlagadern vor. Dabei wurde die gegenüber der Septumöffnung entspringende Aorta von der linken und der rechten Kammer gespeist, die Pulmonalis entsprang nur der vorderen Wand der linken Kammer (rechts). Es handelte sich um ein 1 jähriges Kind, das an Larynxdiphtherie gestorben ist. Zu Lebzeiten laute systolische Geräusche und Blausucht.

M. Gromski (Lodz). *Spirochaetae scarlatinae Döhle.* (Daselbst.)

Die Döhleschen Leukozyteneinschlüsse wurden auf 20 untersuchte Scharlachfälle 11 mal konstatiert. In den leichten Fällen ist der Befund auch während der ersten 6 Tage manchmal negativ. Es wurden auch 25 Fälle anderer Krankheiten untersucht und 2 mal.

nämlich bei Masern, die Einschlüsse gefunden. Nichtsdestoweniger ist der Verf. geneigt, ihnen bei Scharlach ätiologische Bedeutung anzuerkennen.

W. Jasiński (Lublin). *Das Kinderspital in Lublin.* (Daselbst.)

Beschreibung des neu errichteten Spitals und der erste Bericht über die Tätigkeit im Jahre 1911.

T. Kopeć (Warschau). *Wahrscheinliche Vergiftung durch perkutan aufgesaugtes Anilin.* (Daselbst.)

10 jähriger Knabe; akut entstandene hochgradige Zyanose und Mattigkeit. Die Vergiftung entstand durch Tragen neuer schwarzer Fußsocken, welche leicht Farbe abgaben. Als disponierendes Moment waren Schweißfüße vorhanden. Heilung.

J. Raczyński (Lemberg). *Der quere Luftröhrenschnitt im Larynxkrupp.* (Tygodnik lekarski, Nr. 22.)

Die Frank sche Operation wird auf Grund von 2 Fällen warm empfohlen.

St. Progulski (Lemberg). *Über influenzaähnliche Bazillen mit Berücksichtigung eigener Beobachtungen.* (Daselbst, Nr. 22.)

2 Fälle von eitriger Gehirnhauentzündung bei einem 6 monatigen und einem $2^1/_2$ jährigen Kinde mit influenzaähnlichen Bazillen. Wie in den oben referierten Fällen von Bujak, handelt es sich wahrscheinlich um Pseudoinfluenzabazillen. Die Bazillen waren nämlich für Laboratoriumstiere nicht pathogen, waren öfter im Präparate in langen Scheinfäden vorhanden, ließen sich aber in dem ersten Falle auch in dem eitrigen Exsudate des rechten Hüftgelenkes, im zweiten Falle im Blute des kranken Kindes nachweisen.

S. Czarnik. (Lemberg). *Ein Fall von Gehirnhypertrophie.* (Daselbst, Nr. 22.)

Bei einem 3 jährigen Kinde wog das Gehirn 1420 g. Als unmittelbare Todesursache wurde Ödem der Gehirnhäute, welches sich wahrscheinlich als Komplikation eines langdauernden Darmkatarrhs entwickelt hat, konstatiert. Die Gehirnhautsymptome stellten sich 6 Tage vor dem Tode ein.

W. Giełczyński (Lemberg). *Brustfell-, Mittelfell- und Hautemphysem im Verlaufe von Bronchopneumonie bei einem Säugling.* (Daselbst, Nr. 26.)

Dasselbe deutsch in Wiener klin. Wochenschr., Nr. 25.

M. Michałowicz (St. Petersburg). *Über das irrtümliche Beziehen des Fiebers auf den tuberkulösen Prozeß bei „forciert" genährten tuberkulösen Kindern.* (Daselbst, Nr. 42—44.)

Drei Beobachtungen bei 8 jährigen tuberkulösen Kindern, bei denen das Fieber (langandauernde subfebrile oder unregelmäßig auftretende höhere Temperaturen) nicht von den latenten tuberkulösen

Herden abhängig, sondern rein alimentären Ursprunges war. Nach Eliminierung der Überernährung mit Eiweiß, Fett und Milch wurde das Fieber beseitigt. Der Verf. setzt diese Temperaturerhebungen in Analogie mit denen, welche sich bei Tuberkulösen durch Körperbewegungen hervorrufen lassen; es würde sich hier um den Einfluß einer größeren Verdauungsarbeit handeln. Man muß übrigens bei tuberkulösen, skrofulösen und lymphatischen Kindern eine größere Reizbarkeit des Darmepithels annehmen, wie sie manchmal auch nach dem Überstehen des Darmtyphus zu konstatieren ist (2 diesbezügliche Beobachtungen) und die Bedingung zu alimentären Fiebern darstellt.

Lewkowicz.

L. E. Bregman (Warschau). *Zur Sehnenreflexfrage bei der Chorea minor.* (Medycyna i kronika lekarska, 1912, Nr. 2.)

Klinische Erfahrungen über den Gordonschen Reflex (bei der Patellarreflexuntersuchung in horizontaler Lage tonische Dorsalflexion des Fußes) sprechen für seine Spezifizität bei der Chorea und deshalb kommt das Symptom bei der Differentialdiagnose in Betracht.

M. Biehler (Warschau). *Infantilismus.* (Daselbst, Nr. 10.)

Klinischer Vortrag.

W. Giedgowd (Juzówka). *Einige Bemerkungen über den Einfluß des chronischen Darmkatarrhs und der Hereditärsyphilis auf das Lungengewicht des Kindes.* (Daselbst, Nr. 13.)

Es werden Gewichtsbestimmungen angeführt, welche beweisen, daß das absolute Gewicht der Lungen bei der Säuglingsatrophie heruntergeht; das gleiche Phänomen wird auch bei kongenitaler Syphilis konstatiert, jedoch nicht in so hohem Maße, was durch stärkere Bindegewebsentwicklung in den Lungen zu deuten ist.

A. Mamrot (Warschau). *Zur Lehre von den Bednařschen Aphthen.* (Daselbst, Nr. 17.)

Bei einem Neugeborenen am 4. Lebenstage fand der Ver. als Ursache von erschwertem Schlucken und Fieber eine Ulzeration des harten Gaumens (Bednařsche Aphthe) mit Ödem. Die Ulzeration entstand infolge von Mundauswischen während der Asphyxie, in welcher das Kind geboren war. Die Ulzeration wurde zur Eingangspforte für Mikroorganismen; es kam zur Sepsis, welche das Kind ums Leben brachte.

L. Stein (Warschau). *Ein Fall von chronischer Pneumonie bei einem Kinde.* (Daselbst, Nr. 27.)

Bei einem 10jährigen Kinde stellen sich seit 5 Jahren Hustenanfälle ein, bei welchen größere Mengen (einige Hunderte von Kubikzentimetern) von stinkendem Sputum ausgeworfen werden. Die klinische Untersuchung erweist Dämpfung fast über der ganzen rechten Lunge und bedeutende Abschwächung der Geräusche, Trommelschlägerfinger, nach dem Husten amphorisches Atmen. Untersuchungen auf Tuberkelbazillen negativ. Es handelt sich wohl um Bronchiektasien.

M. Biehler (Warschau). *Über die Diät bei Scharlach.* (Daselbst, Nr. 28.)

Klinische Erfahrungen auf Grund von 288 Fällen sprechen zugunsten der ausschließlichen Milchdiät in den ersten 4 Wochen der

Erkrankung oder der gemischten Kost ohne Fleisch. Bei der ersten Form der Diät 0 bis 2·04%, bei der zweiten 3·3 bis 4·7%, dagegen bei der Fleischkost 5·3 bis 5·5% von Nierenentzündung.

B. Korybut-Daszkiewicz (Warschau). *Beitrag zur Lehre von der Septikämie bei Kindern (Strepto- und Pneumokokkeninfektion).* (Daselbst, Nr. 28 und 29.)

Zwei Fälle von Streptokokkensepsis (bei einem 7 monatigen und einem 11 jährigen Kinde), geheilt mit Antistreptokokkenserum von Tavel und zwei Fälle von Pneumokokkensepsis (ein 2- und ein 6 jähriges Kind), geheilt ohne spezifische Therapie. In allen Fällen wurde die Krankheit durch bakteriologische Blutuntersuchung (Venaepunctio) diagnostiziert.

J. Judt (Warschau). *Urachuszyste bei einem Säugling.* (Daselbst, Nr. 29.)

Bei einem jungen Säuglinge fand sich bei der Untersuchung in der Mittellinie zwischen der Symphyse und dem Nabel eine elastische Geschwulst von Taubeneigröße, welche sich bei der Autopsie als Urachuszyste erwiesen hat.

K. Piotrowski (Warschau). *Drei Fälle von Tetanus, geheilt durch Seruminjektion.* (Daselbst, Nr. 31.)

Injektion von 50 bis 80 cm³ Tetanusheilserum.

L. Stein (Warschau). *Über Scarlatina mitigata.* (Daselbst, Nr. 32.)

Bei einem $1^1/_2$ jährigen Kinde mit Pharynxdiphtherie wurde die Seruminjektion gemacht; am 4. Tage nach der Injektion scharlachähnliches Hautexanthem und Angina bei fieberlosem Zustande. Der Umstand, daß nachher, am 9. Tage nach der Injektion, ein typisches Serumexanthem in Urtikariaform sich entwickelt hat und daß es bei der Schwester des Kranken zur Nierenentzündung und Halsdrüsenschwellung gekommen ist, spricht gegen die Betrachtung der ersten Eruption als Serumexanthem.

W. Giedgowd (Juzówka). *Über die Entwicklung von Trachea und Bronchen bei gesunden Kindern und bei manchen Krankheiten.* (Daselbst, Nr. 35.)

Die Untersuchungen wurden bei 220 an akuten und bei 102 an chronischen Leiden gestorbenen Kindern unternommen. Die Trachea und die Bronchen entwickeln sich am schnellsten im ersten Halbjahre und im 13. bis 16. Lebensjahre, wobei das Verhältnis der Trachea zum Brustumfange konstant bleibt (1 : 16), nur in den ersten Lebenswochen ist die Trachea etwas kleiner. Der Membranteil der Trachea beträgt $^1/_6$ bis $^1/_5$ des Tracheaumfanges. Bei der Geburt findet man 16 bis 20 Knorpelringe der Trachea. Die elastische Elongation der Trachea bei Säuglingen ist größer, die Resistenz gegen die Belastung (bis zum Lumenschwund) ist dagegen bedeutend geringer als bei älteren Kindern. Das Verhältnis des Tracheaumfanges zu der Summe des Umfanges beider Hauptbronchen ist konstant und beträgt in jedem Alter 1 : 1·4 bis 1·5. Mikroskopisch findet man bei jungen Säuglingen die Schleimdrüsen in Form von geraden Röhrchen mit wenigen Verzweigungen, welche wenig vertieft unter der dünnen Epithelschicht liegen. Die

Schleimhaut der Trachea und der Bronchen in den ersten Lebensjahren ist zart, gefäßreich, besitzt wenige elast sche Fasern; diese Eigenschaften ändern sich in den definitiven Bau im Alter von 18 Monaten. Bei der Lungenschwindsucht (mit Marasmus) bleibt das Trachealumen unbeeinflußt, ist also, verhältnismäßig zum Brustumfange, stärker als bei gesunden Kindern. Das leichtere Zustandekommen der Stenose der Bronchen bei kleinen Kindern schreibt der Verf. der geringeren Elastizität der Knorpelringe zu; die Feinheit der Schleimhaut und oberflächliche Drüsenlagerung erleichtern verschiedene katarrhalische Zustände.

M. Biehler (Warschau). *Die Anämie vom chlorotischen Typus bei Kindern.* (Daselbst, Nr. 37 und 38.)

Die betreffende Form der Anämie kommt oft bei den Kindern im Alter von 1 bis 3 Jahren vor, gewöhnlich infolge von überstandenen Darmkrankheiten oder unzweckmäßiger Ernährung. Die Therapie besteht in der Koständerung, Klimatotherapie und in der Darreichung von Eisenpräparaten (Fe oxalicum oxydul. 0·30 bis 0·40 p. die).

Bujak.

J. Szmurło (Samara). *Ein Beitrag zur Frage der unter dem Bilde von gewöhnlicher Eiterung verlaufenden Mittelohrdiphtherie.* (Gazeta lekarska, Nr. 17 und 18.)

Szmurło beschreibt 4 Fälle von Otitis media, bei welcher im Eiter Diphtheriebazillen nachgewiesen wurden. In 2 Fällen war die Diagnose erst nach der Trepanation des Warzenfortsatzes beim Verbandswechsel gestellt, wobei der graue Belag der Wunde die Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit der Diphtherie lenkte. In allen Fällen wurde das spezifische Serum eingespritzt, nebstdem auch die Pyozyanase angewendet. Drei Fälle endeten günstig, der vierte hat sich der weiteren Observation entzogen.

J. Koelichen und **J. Skłodowski.** *Ein Fall von Gehirnentzündung mit subakutem Verlaufe bei einem 9jährigen Knaben. (Encephalitis subacuta.)* (Daselbst, Nr. 29 und 30.)

Ein 9jähriger Knabe erkrankte nach einer Verkühlung mit Symptomen von Bulbärparalyse (Lähmung im Bereiche der Gesichtsmuskulatur, Zunge usw.). Nach einer Woche Lähmung des rechten Armes und später des rechten Beines. Die höchste Temperatur 37·5°. Sonst war das Kind munter und klagte über keine Schmerzen. Diese klinischen Erscheinungen dauerten $1^1/_2$ Monate unter langsamer Verschlechterung. Dann kam es plötzlich zum Ausspucken des Eiters, wahrscheinlich nach dem Durchbruche eines Pharynxabszesses. Von dieser Zeit ab langsame Besserung. Nach einigen Monaten blieb nur eine unbedeutende Parese des rechten Armes. Während der Krankheit überstand der Knabe das Erythema nodosum, dessen Entstehen mit dem Pharynxabszeß in Zusammenhang gebracht wird. Wassermann negativ.

Fr. Mazylis (Krakau). *Ein Fall von (gemeinsamem) Urmesenterium bei einem Neugeborenen mit Zystennieren. (Mensenterium primitivum [commune] in neonato cum renibus cysticis.)* (Nowiny lekarskie, Nr. 10 und 11.)

Beim Neugeborenen von 41 cm Länge, welches nur 2 Stunden nach der Geburt lebte, blieb das Mesenterium commune bestehen, der

Dünndarm war ungemein kurz und der Dickdarm wies keine Torsion auf. Diese Abnormitäten sind durch den infolge der Vergrößerung der Nieren entstandenen Raummangel in der Bauchhöhle zu erklären.

St. Starkiewicz (Dąbrowa). *Kindertuberkulose im Lichte der neuesten Forschungen und Anschauungen.* (Daselbst, Nr. 7, 8 und 9.)

Sammelreferat. Dadej.

Besprechungen.

G. Cornet. *Die Skrofulose.* Zweite, gänzlich umgearbeitete Auflage. (Verlag von Alfred Hölder, Wien. Preis K. 14·—, M. 12·—.)

Cornet hat den Versuch gemacht, seine Monographie über Skrofulose, welche im Jahre 1900 zum erstenmal erschienen, großes entwicklungsgeschichtliches Interesse hatte und den damaligen Stand der Forschung in ausgezeichneter Weise widerspiegelte, nach den Ergebnissen der neuen Literatur in der zweiten vorliegenden Auflage zu modernisieren. Es ist nicht wegzuleugnen, daß er sich große Mühe gegeben hat, sich in die von den Pädiatern auf diesem Gebiete geleistete Forschung zu vertiefen und doch ist zu befürchten, daß sein Buch von seiten der Pädiater nicht uneingeschränkte Anerkennung finden wird. Wer nicht mit der Pathologie und Ernährungstherapie des Kindesalters von den ersten Lebensjahren an aus eigenen Erfahrungen vertraut ist, dem fällt es anscheinend schwer, für die gegenwärtigen Auffassungen der Pädiater ausreichendes Verständnis zu gewinnen. Die Pädiater müssen aus solchen Erfahrungen lernen, daß die Art ihrer Publikation offenbar noch nicht ausreicht, um auch einem der Sache Fernstehenden einen klaren Einblick in ihre Forschungen zu ermöglichen.

Cornet hält an der Bezeichnung Skrofulose fest, obzwar er selbst zugibt, daß diese Bezeichnung zwei Krankheitsbilder umfaßt, von denen das eine durch eine pyogene und das andere durch eine tuberkulöse Infektion ausgelöst wird. Er legt das größte Gewicht auf die Infektion, kann sich aber von der Voraussetzung einer besonderen Krankheitsdisposition nicht emanzipieren. Soweit es sich bei der Skrofulose in seinem Sinne um Infektionen handelt, wird jeder Arzt die Monographie Cornets mit großem Nutzen studieren können. Man merkt, daß er sich dabei auf festem Boden befindet und vieles zu sagen hat, was auf eigenen Untersuchungen basiert. Anders steht es mit dem Teile des Buches, in welchem von der Disposition die Rede ist. Auf diesem Gebiete ist Cornet anscheinend nur Referent, der sich mit der ihm zugänglichen Literatur möglichst abzufinden sucht, aber unsicher zwischen den verschiedenen Meinungen hin und her schwankt.

Während in dem ersten Teile der Monographie wenigstens ein Versuch gemacht wird, eine tuberkulöse und eine nichttuberkulöse

Form der Skrofulose zu unterscheiden, verschwindet diese Unterscheidung im zweiten Teile, welcher von der Therapie handelt. Dieser bringt uns wieder auf den alten Standpunkt eines Krankheitsbildes der Skrofulose, welches weder der Kliniker noch der theoretische Pathologe anerkennen kann und welches seit jeher ein Gegenstand therapeutischer Polypragmasie war. Aus dem Abschnitte, welcher die Therapie betrifft, müssen die Ausführungen über die Ernährungstherapie als ganz verfehlt und unzureichend bezeichnet werden. Interessant sind die Angaben Cornets über die Tuberkulinkur, zu deren Einführung er selbst wesentlich beigetragen hat. Zuerst zitiert er die Meinungen der verschiedenen sich widersprechenden Autoren, um schließlich unter Verzicht auf jede entschiedene Stellungnahme zuzugeben, daß man unter vorsichtigen Kautelen Tuberkulinkuren versuchen darf.

Ob Cornet mit seinem Werke imstande sein wird, den alten unklaren Sammelbegriff der Skrofulose aufrecht zu erhalten, muß die Zukunft lehren. Ich selbst zweifle daran. Czerny.

Sittler (Kolmar). *Die exsudativ-lymphatische Diathese.* (Eine kurze Skizze f. d. prakt. Arzt.) (C. Kabitzsch, Würzburg, 1913, 111 S., Mark 3·50.)

Im Jahre 1909 schrieb Sittler noch folgendes (Seite 19 in: Klinische Betrachtungen über Skrofulose, Würzburg, C. 1909, Kabitzsch): „Unsere Unkenntnis über das eigentliche Wesen der Skrofulose sollte aber noch kein Grund sein, von diesem Krankheitsbilde irgend welche Symptomenkomplexe unter besonderem Namen abzutrennen. Berechtigt ist es, die Skrofulose-Tuberkulose als eine ätiologisch genau präzisierte Erkrankung zur Tuberkulose zuzurechnen; es erscheint aber nicht von Nutzen, Krankheitsbilder von der Skrofulose abtrennen zu wollen, die mit nur unwichtigen Unterschieden einerseits als exsudative Diathese, anderseits als Lymphatismus und lymphatische Konstitution und wieder von anderer Seite als arthritische Diathese beschrieben werden. Solange es nicht glückt, diesen einzelnen Krankheitsbildern eine allgemeine (über die Grenzen einer Nation hinausgehende) Anerkennung zu verschaffen, und dies scheint bisher noch keineswegs auch nur annähernd der Fall zu sein, solange ist die Berechtigung zu dieser Abtrennung noch problematisch." Ferner (Seite 2): „Von Interesse ist es, daß die meisten Pädiater, auch die Vertreter der Identität der Skrofulose und Tuberkulose, das Wort Skrofulose als Bezeichnung für einen bestimmten Symptomenkomplex nicht missen wollen."

Mittlerweile hat Sittler seinen Tag von Damaskus erlebt, wie aus seinem großen Referat über die exsudative Diathese im „Kinderarzt, 1910" hervorgeht. Und in der vorliegenden Broschüre rückt er noch energischer von der Jugendliebe „Skrofulose" ab:

„Mit der Sicherstellung der Tatsache, daß die bei schwer skrofulösen Kindern vorhandenen Drüsen- und anderen Eiterungen zumeist auf die Lebenstätigkeit des Tuberkelbazillus zurückzuführen sind, änderte sich der Gebrauch des Wortes ‚Skrofulose' langsam, derart, daß es heute direkt verpönt ist, vor den Müttern, denen die Skrofulose den Inbegriff der gefährlichsten Leiden bedeutet, dieses Wort zu gebrauchen."

„Wohl sehen noch einzelne Forscher in der Skrofulose ein für sich umgrenztes Krankheitsbild, eine Ernährungsstörung, bei deren ersten Anfängen der Tuberkelbazillus gänzlich unbeteiligt ist; aber die neuere pädiatrische Literatur (auch der fremdsprachigen Autoren) hat sich fast allgemein daran gewöhnt, mit dem Worte ‚Skrofulose' einen tuberkulösen Symptomenkomplex zu bezeichnen, usw."

Wohl selten hat unsere engere Fachliteratur einen so jähen Wechsel wissenschaftlicher Überzeugung bei einem akademischen Lehrer erlebt. Wem kommt nicht der Gedanke an den famosen Schmock in den Sinn, wenn man folgendes liest:

„Dieses Symptom (d. h. die Lingua geographica) scheint mir von Czerny und mit ihm von manchen späteren Autoren in seiner Bedeutung überschätzt worden zu sein. Wenn sich das Vorkommen der Landkartenzunge auch in manchen (aber nicht in der größeren Zahl) der Fälle von exsudativer Diathese nicht leugnen läßt, so verdient es doch kaum in erster Linie genannt zu werden."

Sittler hat die Landkartenzunge „vielfach" im Gefolge luetischer Zungenaffektionen bei Kindern mit hereditärer Lues gefunden, ferner „oft" im Anschluß an skarlatinöse Himbeerzunge. Diese Befunde

„lassen es berechtigt erscheinen, wenn wir dem von Czerny so sehr betonten Symptom der Landkartenzunge bei der exsudativen Diathese (die ja auch einmal katarrhalische Veränderungen der Zunge und in deren Gefolge eine Lingua geographica bieten kann) nicht die gleich hohe Wichtigkeit beimessen möchten". (Klinische Betrachtungen usw., 1909, S. 9.)

„Wenn beim Auftreten dieses Symptoms (Landkartenzunge) das Vorhergehen irgend welcher entzündlichen Reizung der Zunge ausgeschlossen werden konnte (Scharlachzunge, hereditär-luetische Veränderungen der Zunge), als deren Folge auch einmal (Ref!) eine Landkartenzunge zu entstehen vermag, dann ist die Lingua geographica, auch wenn sie nur als einziges Symptom zur Erscheinung kommt, ein sicheres Zeichen für das Bestehen einer exsudativen Diathese. Und da es eben derartige vereinzelte Fälle gibt, wo wir nur durch die Lingua geographica für unsere Diagnose einen sicheren Stützpunkt haben, so muß es Czerny als Verdienst angerechnet werden, auf die Wichtigkeit dieser Zungenänderung hingewiesen zu haben." (Kinderarzt, 1910, S. 266.)

Und endlich:

„Wichtig ist ihre Bedeutung als Symptom der E. L. W. deshalb, weil schon die alleinige Feststellung dieses Symptoms in vielen Fällen genügt, um die Diagnose zu sichern." (Exs. lymph. Diathese 1913, Seite 57.)

Auf S. 94 heißt es dann, daß die Scharlachzunge „bisweilen" eine Landkartenzunge provozieren kann.

Habe ich also unrecht, wenn ich an Schmock erinnere, der rechts und links schreiben kann?

Eine weitere Kritik der Sittlerschen Broschüre erübrigt sich demnach eigentlich. Der Gedanke, den praktischen Ärzten die Kenntnis der exsudativen Diathese zu vermitteln, ist zeitgemäß und löblich. Aber Sittler handelt nicht im Sinne Czernys, wenn er in die exsudativ-lymphatische Diathese die halbe Neuropathie und Psychopathie hineinstopft.

In dem Abschnitt „Schule und E. L. Diathese" werden neben aneinandergereihten konventionellen Phrasen auch Gedanken geäußert, die an jene „Wahrheiten" erinnern, von denen Kraus so hübsch sagt, man beweise durch ihre Entdeckung, daß man keinen Geist hat. Klotz.

Bartel (Wien). *Status thymicolymphaticus und Status hypoplasticus: Ein Beitrag zur Konstitutionslehre.* (Franz Deuticke, Leipzig und Wien, 1912, M. 4·—.)

Der Grundton dieser sehr verdienstvollen Arbeit ist auf die pathologisch-anatomische Statistik gestimmt. Das heißt, es wird an Hand eines großen, minutiös durchgearbeiteten Obduktionsmaterials von 530 Fällen die Entwicklung des lymphatischen Apparates vom Säuglingsalter bis zum Senium verfolgt. Der Hauptwert des Buches liegt daher in den großen Zahlenreihen. Von klinischen Gesichtspunkten, die aus dem Obduktionsmaterial abgeleitet werden, sei erwähnt, daß die Lymphatiker gegenüber akuten Infektionskrankheiten ganz besonders empfindlich sind. Individuen des zweiten bis fünften Jahrzehnts mit malignen Tumoren waren ferner sehr häufig Lymphatiker. Die Tuberkulosesterblichkeit ist bei den Lymphatikern am geringsten.

Das Hauptmal der Lymphatiker und auch der hypoplastischen Individuen ist die Neigung zur Exsudation, die erhöhte Krankheitsbereitschaft der Jugend, während im Alter diese Tendenz zu akuten Entzündungen vollständig zurücktritt. Der Lymphatismus ist nach Bartel einem großen Immunisierungsvorgang zu vergleichen. Er hat sein Überempfindlichkeitsstadium (exsudative Diathese) und sein Resistenzstadium.

Wer sich für das Konstitutionsproblem interessiert, dem sei die Lektüre der Arbeit angelegentlichst empfohlen.

Klotz (Schwerin).

Wagner v. Jauregg. *Myxödem und Kretinismus.* (II. Abt., 1. Hälfte des speziellen Teils von Aschaffenburg: *Handbuch der Psychiatrie.*) (Franz Deuticke, 1912, 86 S., M. 3·50.)

Die vorliegende Arbeit faßt das Wissenswerteste über dieses Thema in gedrängter Kürze zusammen. Klotz (Schwerin).

Ziehen. *Die Erkennung des Schwachsinns im Kindesalter.* (2., vermehrte Auflage.) (S. Karger, Berlin, 1913, M. —·60.)

Die weitbekannte Ziehensche Schrift ist „nach einem Vortrag für Eltern und Lehrer" verfaßt, wendet sich also an das breite Publikum. In die neue Auflage sind einige Abbildungen abnormer Schädelformen eingefügt. Statt des Satzes: „ daß oft genug sich Schwachsinn und psychopathische Konstitution kombinieren" finden

wir in der zweiten Auflage: „daß sich zuweilen auch Schwachsinn und psychopathische Konstitution kombinieren".

Klotz (Schwerin.)

St. Engel und **J. Bauer.** *Die Biochemie und Biologie des Kolostrums.* Sonderabdruck aus: *Ergebnisse der Physiologie,* herausgegeben von L. Asher und K. Spiro, XI. Jahrg. (Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1912, Einzelpreis M. 1·80.)

Beide Teile, die Biochemie von Engel wie die Biologie von Bauer geschrieben, geben eine gute Zusammenstellung unserer heutigen Kenntnisse auf dem betreffenden Gebiete und sind immerhin so ausführlich gehalten, daß die Einsichtnahme der Originalarbeiten entbehrlich wird. A. Keller (Berlin).

Christine Thaler. *Baby-Kochbuch.* Ein Ratgeber für junge Mütter (Unter Mitwirkung eines Kinderarztes.) (Verlag v. F. Deuticke. Leipzig und Wien, 1912. Preis M. 1·80.)

Ein gutes Kinderkochbuch würde sicher auf Absatz rechnen können; aber gut ist das vorliegende nicht. Auf dem Titel steht „unter Mitwirkung eines Kinderarztes"; es wäre wünschenswert gewesen, daß dieser Kinderarzt nicht nur ein einzelnes Kapitel geschrieben hätte, sondern seine Kontrolle auch auf die übrigen Kapitel ausgedehnt hätte. So ist die S. 13 und 15 angegebene Methode, Milch abzukochen, nichts weniger als einwandfrei; es könnte die auf S. 17 angegebene dringende Empfehlung des Nestléschen Kindermehles unterbleiben; es ist falsch, vom Haferschleime zu behaupten (S. 32), er würde zwar von ärztlicher Seite immer verschrieben, die Kinder ließen ihn aber meistens stehen; ebenso unmotiviert ist die Angabe, daß Fische höchst selten so frisch sind, wie es der Magen eines kleinen Kindes erfordert. Kochtechnisch erscheint mir auch die Angabe, daß Roastbeef beim Braten jede dritte Minute mit heißem Wasser zu begießen sei, falsch. Gegen die Rezepte und vor allen Dingen aber auch gegen die Auswahl der Speisen in einem Babykochbuch ließe sich noch mancher Einwand machen; doch würde es an dieser Stelle zu weit führen.

A. Keller (Berlin).

Heinrich Ploß. *Das Kind in Brauch und Sitte der Völker.* Völkerkundliche Studien. Dritte, gänzlich umgearbeitete und stark vermehrte Auflage. Nach dem Tode des Verf. herausgegeben von Dr. B. Renz. II. Bd., mit 274 Abb. im Text. (Verlag von Th. Grieben [L. Fernau].)

Das Buch von Ploß, dessen zweite Auflage bereits im Jahre 1882 erschien, hat von jeher seinen festen Platz in mancher pädiatrischen Bibliothek behauptet, die sonst sich lediglich auf die Sammlung unserer medizinischen Fachliteratur beschränkt. Mancher Literat

hat aus dem reichen Material, das in den anthropologischen Studien von Ploß enthalten ist, geschöpft, ohne die Quelle anzugeben. Ganz erstaunlich ist die Fülle des ethnologischen Materials, das in dem Werk niedergelegt ist; sie ist so groß, daß dem Leser häufig eine übersichtlichere Gruppierung erwünscht erscheint, damit er sich nicht in den vielen Einzelheiten verliert. Eine willkommene Neuerung ist die Illustrierung der dritten Auflage, welche sicher dazu beitragen wird, dem Werke immer weitere Kreise zu gewinnen. Das Buch ist heute immerhin so weit bekannt, daß Angaben über den Inhalt, der im übrigen durch die Worte „Brauch und Sitte der Völker" genügend charakterisiert ist, sich vollkommen erübrigen.

A. Keller (Berlin).

Handbuch der Hygiene. Zweite Auflage, herausgegeben von Prof. Dr. Th. Weyl. VI. Bd. — 2. Abt. *Öffentlicher Kinderschutz* von W. Birk, F. Rolffs und G. Tugendreich. Leipzig, 1912. Verlag von Johann Ambr. Barth. Subskriptionspreis M. 9·60; Einzelpreis M. 12·—.

Tugendreich betitelt seinen Abschnitt als „Die Mutter- und Säuglingsfürsorge und die Fürsorge für das Kleinkinderalter". Er bespricht im allgemeinen Teil die systematischen Fragen des Kinderschutzes, im besonderen Teile offene Fürsorge, Krippen und Kindergärten, Ferienwanderung und Ferienkolonien.

Birks Beitrag ist der geschlossenen Kinderfürsorge gewidmet und enthält klare und gut illustrierte Ausführungen über Bau, Einrichtung und Betrieb von Kinderpflegeanstalten und über die besonderen Anforderungen, die an Säuglingsheime, Säuglingskrankenhäuser, Kinderkrankenhäuser und Kinderasyle gestellt werden. Am Schlusse folgt eine gute kritische Besprechung der Seehospitze, ihrer Entwicklung und gegenwärtigen Bestimmung.

Rolffs hat den juristischen Teil bearbeitet. Auch er teilt sein Thema in einen allgemeinen und besonderen Teil ein und bespricht im ersteren die Grundbegriffe: Ehelichkeit, Unehelichkeit, Legitimation, Verwandtschaft, die Stellung des ehelichen, weiter des unehelichen Kindes zu seinen Eltern, Vormundschaft. Die Hauptgebiete des besonderen Teiles betreffen das Schutzbedürfnis des Kindes in leiblicher Hinsicht (Abtreibung, Kindestötung, Anspruch auf Unterhalt), das Erziehungsbedürfnis des Kindes (Zwangs- und Fürsorgeerziehung, Jugendgerichte). A. Keller (Berlin).

v. Planta (St. Moritz). *Das kranke Kind und das Klima der Hochalpen.* (Allg. med. Verlangsanstalt, G. m. b. H., Berlin, 1913, 74 S., M. 2·—.)

Die Verlagsbuchhandlung wäre für eine „eingehende Besprechung" des „Werkes" dankbar. Doch wohl nicht in der Monatsschrift für Kinderheilkunde? Klotz.

Samosch (Breslau). *Schule und Haus.* (Aus: Der Arzt als Erzieher, München 1912, H. 36, Verlag d. ärztl. Rundschau, Otto Gmelin.)

Der Verf. bespricht hier auf Grund reicher eigener Erfahrung die Notwendigkeit des Zusammenwirkens von Schule und Haus.

Birk (Kiel).

Doernberger (München). *Schularztfragen. Schulärzte auf dem Lande.* (Otto Gmelin, München 1912.)

Zwei Vorträge, von denen namentlich der zweite reiches und interessantes Material zur Schularztfrage bringt. Birk (Kiel).

Bernh. Beyer. *Die Bestrebungen zur Reform des Irrenwesens.* (Für Laien und Ärzte.) (Karl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., 1912, M. 12·—.)

Die umfangreiche Arbeit Beyers wendet sich an Laien und Ärzte und sucht das Odium gegen Irrenanstalten und Irrenärzte zu zerstreuen. Beyer betritt zu diesem Zwecke den einfachsten und doch so mühevollen Weg, nämlich alle Fälle „unrechtmäßiger" Internierung in extenso, mit allem amtlichen usw. Aktenmaterial, zu publizieren und zu kritisieren. Auf diese Weise findet der Leser ein außerordentlich wertvolles Quellenmaterial in diesem überaus nützlichen Buche vor. Beyer kommt zu dem Ergebnis, daß kein einziger Fall von „unrechtmäßiger Internierung" der Kritik standhält und daß die trüben Quellen der bis zur Stunde nicht zur Ruhe kommenden antipsychiatrischen Bewegung in bestimmten Menschenklassen zu suchen sind. Er rügt es andrerseits, daß teilweise von psychiatrischer Seite eine gewisse Indolenz gegenüber den Angriffen zur Schau getragen wird, und gibt zu, daß offensichtlich Mängel in der Irrenfürsorge vorhanden sind, denen durch ein Reichsirrengesetz abgeholfen werden müßte. Klotz (Schwerin).

Redlich (Wien) und **Binswanger** (Jena). *Die klinische Stellung der sogenannten genuinen Epilepsie.* (Verlag von Karger, Berlin, 1913, M. 6·—.)

Referate, erstattet auf der Tagung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte in Hamburg 1912.

Binswanger gibt eine kurzgefaßte, autoritative Darstellung der anatomischen und klinischen Voraussetzungen des Krankheitsbegriffes der „genuinen" Epilepsie. Redlich hat sich der mühevollen Aufgabe unterzogen, die ungeheure Epilepsieliteratur zu sichten. Allein sein Literaturverzeichnis umfaßt 389 Nummern. Wer über Epilepsie arbeitet, wird schon aus diesem Grunde das Buch nicht entbehren können.

Die Untersuchungen pädiatrischer Autoren finden wohl Erwähnung, werden aber ziemlich unrichtig wiedergegeben. Das ist um so bedauerlicher, weil sie wahrscheinlich nun in dieser unrichtigen Form durch die neurologische Literatur weiterverschleppt werden.

Es scheint den Neurologen gar nicht recht in den Kram zu passen, daß die Pädiater der spasmophilen Eklampsie eine Sonderstellung gegenüber der Epilepsie geschaffen haben. Birk (Kiel).

Pistor. *Die Organisation der Landeszentralen für Säuglingsschutz unter besonderer Berücksichtigung der Mitarbeit der Ärzte.* (Verlag von Georg Stilke, Berlin, 1912, Preis M. 1·—.)

Regierungsrat Pistor schreibt über Landeszentralen für Säuglingsschutz und ihr Verhältnis zu den Ärzten. Er weist darauf hin, daß die Landeszentrale auf die lebhafte Mitarbeit der praktischen Ärzte angewiesen ist und durch die Beteiligung der ärztlichen Standesvertretung gefördert werden muß. Auf Grund der Erfahrungen, die bei der Organisation der hessischen Zentrale gemacht sind, gibt er wohlbegründete Ratschläge, auf welche Weise am besten die weiten Kreise des Volkes, insbesondere die Arbeiterschaft, zur Mitarbeit heranzuziehen sind. Die Aufgaben, welche der weiteren Arbeit in Hessen erwachsen, sind insbesondere Wochenhilfe auf Grund der Reichsversicherungsordnung, Sammelvormundschaft, Pflegekinderaufsicht und Sauglingsfürsorgekurse im Anschlusse an die Wanderhaushaltungsschulen. A. Keller (Berlin).

Landsberg (Magdeburg). *Beiträge zur Statistik der Kindersterblichkeit in der Provinz Sachsen in den Jahren 1910 und 1911.* (Veröffentl. a. d. Gebiete d. Medizinalverwaltung, I. Bd., H. 12, Verlag Rich. Schoetz, Berlin, 1912.)

Die Veröffentlichung ist von der Hauptstelle für Säuglingsschutz in der Provinz Sachsen veranlaßt und verfolgt die Absicht, neben der Landesstatistik, die im wesentlichen der Einteilung nach Kreisen folgt, noch eine Statistik kleinerer Bezirke zu schaffen. Der Nutzen einer solchen Statistik geht aus der vorliegenden Arbeit deutlich hervor. Näher auf dieselbe einzugehen, ist hier nicht der Ort, da die Ergebnisse mehr lokales Interesse haben. Birk (Kiel).

C. Tönniges. *Der Geburtenrückgang und die drohende Entvölkerung Deutschlands.* (Hans Hedewigs Nachf., Curt Ronniger, Leipzig.)

So groß ihre Zahl ist, so verschiedenartig sind auch die Momente, welche dem Geburtenrückgang unter den Kulturvölkern zugrunde liegen. Die ganze Frage des Geburtenrückganges ist so überaus wichtig, daß jede Partei für die drohende Volksverminderung eine besondere Erklärung sucht, die ihr von Nutzen ist.

Eine vorurteilsfreie Kritik fehlt dem vorliegenden Schriftchen. Es wird wieder von der Degeneration der heutigen Kulturvölker, wieder von der Abnahme des Stillvermögens der Frauen gesprochen und nach Tönniges Ansicht ist nur durch eine „großzügige Sozial- und Wirtschaftspolitik eine Aufbesserung der Fruchtbarkeit und Geburtenhäufigkeit mit dem Resultate einer gesunden lebenskräftigen Nachkommenschaft zu erwarten". A. Keller (Berlin).

Sammlung außerdeutscher Strafgesetzbücher in deutscher Übersetzung, Nr. 37. (Verlag von J. Guttentag, G. m. b. H., Berlin, 1912.)

Inhalt: Das belgische Kinderschutzgesetz vom 15. Mai 1912. — Das französische Gesetz betreffend Jugendgerichte und Schutzaufsicht vom 22. Juli 1912. Übersetzt von Staatsanwalt Dr. Rosenfeld. — Entwurf eines deutschen Gesetzes über das Verfahren gegen Jugendliche. A. Keller (Berlin).

Wilhelm Türk. *Vorlesungen über klinische Hämatologie.* (II. Teil, 2. Hälfte, Wien und Leipzig, Wilh. Braumüller, 1912.)

In diesem Bande, dessen Hauptteil der Chlorose und der perniziösen Anämie gewidmet ist, werden den Kinderarzt speziell die Kapitel über Bantische Krankheit, Anämie bei Infektionskrankheiten, Hämophilie und das Kapitel über die Anämie im ersten Kindesalter interessieren. Leider ist dieses Kapitel für das Interesse des Kinderarztes etwas kurz geraten und nur die Jacksche Kinderanämie, die Verf. „pararachitische Kinderanämie nach Jaksch" nennt, wird ausführlich beschrieben. Das Vorkommen echter Chlorose und perniziöser Anämie wird vom Verf. abgelehnt; zum Schlusse teilt Verf. einen von ihm selbst jahrelang beobachteten eigenartigen Fall von Chloranämie bei einem Kinde mit. Die große Erfahrung des Verf. und die lebendige, gelegentlich stark polemische Darstellung macht die Lektüre dieses Bandes sehr interessant und empfehlenswert.

Orgler (Berlin).

S. Jessner. *Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten einschließlich der Kosmetik.* I. Bd.: *Hautleiden und Kosmetik.* Mit 33 Abb. auf 31 farb. Tafeln und 7 Abb. im Text.) (Verlag von Kurt Kabitzsch, Würzburg, 1913. Preis M. 12·—.)

Das bisherige Kompendium ist zu einem zweibändigen Lehrbuche erweitert worden. Einerseits sind nunmehr die gesamten Geschlechtskrankheiten aufgenommen, anderseits ist die Darstellung der Hautleiden erweitert. Eine namentlich für ein dermatologisches Lehrbuch wichtige und dem Praktiker sehr willkommene Bereicherung des Werkes stellen die zum großen Teil ausgezeichneten farbigen Reproduktionen von Hautmoulagen (aus der Breslauer Dermatologischen Universitätsklinik) dar.

Inhaltlich haftet dem Lehrbuche der Nachteil an, daß es die Dermatologie allzusehr aus dem Zusammenhange mit der Gesamtmedizin reißt und auf Allgemeinerkrankung und Allgemeintherapie zu wenig Rücksicht nimmt. Die Ergebnisse pädiatrischer Forschung werden kaum erwähnt. A. Keller (Berlin).

Friedrich Kirstein (Frauenklinik, Göttingen.) *Leitfaden für den Hebammenunterricht.* (Verlag von J. Springer, Berlin, 1912, M. 2·—.)

Das Buch enthält Material für den Unterricht der Hebammen. Soweit es sich mit rein geburtshilflichen Dingen beschäftigt, können

wir natürlich kein Urteil darüber abgeben. Nur müssen wir mit Bedauern feststellen, daß es hinsichtlich der Krankheiten der Neugeborenen" mancherlei Falsches bringt (Soorbehandlung, Mundauswaschen nach jedem Trinken usw.). Hoffen wir, daß die nächste Auflage den Ansichten der Kinderärzte etwas mehr Rechnung trägt.

Birk (Kiel).

Hebammen-Lehrbuch. Herausgegeben im Auftrage des Kgl. preuß. Minister. des Innern. (Verlag von Julius Springer, Berlin, 1912.)

Wenn man die letzten Ausgaben des Hebammen-Lehrbuches untereinander vergleicht, so muß man bezüglich der Angaben über Pflege und Ernährung des Säuglings ganz entschieden einen Fortschritt zum besseren konstatieren. Sie entsprechen heute viel mehr als früher dem wirklichen Stande pädiatrischen Wissens. Nur bedarf der Teil „Krankheiten der Neugeborenen" noch einer Revision. Es darf unter keinen Umständen den Hebammen gesagt werden, daß es nichts Krankhaftes sei, wenn Säuglinge nach der Mahlzeit einen Teil der Milch wieder ausspeien. Falsch ist die Behauptung, daß die Schwämmchen durch mangelhafte Sauberkeit bei den Mahlzeiten des Kindes entstehen. Sehr erfreulich dagegen ist in allen Teilen, die sich mit dem Kinde beschäftigen, die eindringliche Mahnung zum Stillen. A. Keller (Berlin).

Albu (Berlin). *Die Ernährung von Zuckerkranken nebst praktischen Anweisungen für die Diabetesküche.* (Karl Marhold, Halle, 1912, 163 S., M. 4·—.)

Das kleine Büchlein, welches den modernen Strömungen der Diabetestherapie vorzüglich Rechnung trägt und ausgezeichnete originelle Kochrezepte enthält, muß ohne Einschränkung warm empfohlen werden. Klotz (Schwerin).

Schlayer (Tübingen). *Neuere klinische Anschauungen über Nephritis.* (Beihefte z. med. Klinik, VIII. Jahrg., H. 9, Preis M. 1·—.)

Auf dieses Heft sei ganz besonders aufmerksam gemacht, weil hier der Autor die Ergebnisse seiner bekannten, grundlegenden Arbeiten über Nephritis, die bisher in vielen Zeitschriften zerstreut und deshalb schwer zugänglich waren, vereinigt hat.

Birk (Kiel).

Hiller. *Nährsalzarmut als Krankheitsursache* (Josef Singer, Straßburg und Leipzig. M. 1·50.)

Kriegsgesang gegen das Eiweiß nach der Melodie: „Schafft Nährsalze ins Blut"! Die Lektüre gestaltet sich durch Ausdrücke wie „Tierleichenabsud" = Bouillon anregend. Wir begreifen auch den Standpunkt des Autors, denn Gebrüder Hillers „Naturawerk" vertreibt Nährzalze aller Art. Klotz.

Hoffa (Berlin). *Technik der Massage.* (6., verbesserte Auflage, herausgegeben von Prof. **Joachimstal**, Berlin; 44, teilweise farbige Textabbildungen.) (F. Enke, Stuttgart, 1912, 93 S., M. 3·—.)

Wie der Herausgeber im Vorwort bemerkt, hat er nur in wenigen Punkten Änderungen eintreten lassen müssen gegenüber der letzten von Hoffa (1907) besorgten 5. Auflage. Wenn Joachimsthal das Hoffasche Werk selbst als ein solches bezeichnet, welches seinesgleichen in der orthopädischen Literatur sucht, so braucht Referent wohl nichts weiter zur Charakterisierung und Empfehlung des Buches zu sagen. Klotz (Schwerin).

Ernst Lecher. *Lehrbuch der Physik für Mediziner und Biologen.* (Verlag von B. G. Teubner, Leipzig und Berlin, 1912, Preis M. 9·—.)

Ein gutes Lehrbuch, als Nachschlagewerk zu empfehlen.

A. Keller (Berlin).

Brauer (Hamburg). *Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforschung (mit Ausschluß der Tuberkulose.)* (Redaktion: Schottmüller, Much, Lüdke.) (Bd. I, H. 1, 1912.)

Aus dem reichen Inhalt seien die folgenden Aufsätze besonders erwähnt. **Schloßmann:** Die Verhütung der Übertragung akuter Infektionskrankheiten im Krankenhause. Schloßmann erörtert im wesentlichen zwei Punkte. Darf man Kranke mit verschiedenen Infektionen in einem Gebäude von einer Warteperson versorgen lassen, ohne Übertragungen befürchten zu müssen, und wie hat ferner heute die Unterbringung von Infektionskranken zweckmäßig zu erfolgen? In bezug auf den ersten Punkt vertritt Schloßmann die Überzeugung, daß man bei zuverlässigem Personal ruhig die heterogensten Infektionen in einem Hause vereinigen kann. Die Ausführungen zur zweiten Frage, die durch instruktive Skizzen erläutert werden, können hier nicht erörtert werden. Es sei nur noch auf folgende sehr wichtige Worte hingewiesen:

„Wir desinfizieren in der üblichen Weise mit Formalin, legen jedoch den Hauptwert auf die gründliche Reinigung. Voraussetzung dabei ist, daß sich die Räume in tadellosem baulichen Zustande befinden. Ist das nicht der Fall, so gibt keine Desinfektion und kein Reinigen Sicherheit für den Erfolg. Infektionsabteilungen müssen daher jährlich mindestens einmal vollkommen leergestellt und einer baulichen Ausbesserung unterzogen werden. In der Zwischenzeit sich bemerkbar machende Schäden sollen sofort repariert werden. Unter dieser Voraussetzung kann man jede Infektionsabteilung rasch zu einer nichtinfektiösen machen. Das Hängen der Infektion am Raume trotz Desinfektion und Reinigung, wie es manche Autoren annehmen, fürchte ich nicht. Auch haben unsere Erfahrungen diese

Anschauung bestätigt. Wir haben oft genug einen Teil der Masernabteilung zum Scharlach geschlagen und umgekehrt; nie ist dadurch eine Infektion erfolgt. Diese hängt eben nicht am Raume, sondern am Menschen."

Die Beobachtungen von **Schottmüller** über Febris herpetica wurden insgesamt an abortierenden Frauen gemacht. Es handelte sich fast durchwegs um eine Bakteriämie mit einer Bact. coli-Spezies. Die Herpesbläschen waren stets steril. Schottmüller glaubt, daß die Hautpartien beziehungsweise die Nervenendplatten im Bereich des Gesichtes eine besondere Affinität für das Kolitoxin besitzen. Bei Kindern wurde, trotz sichergestellter Koliinfektion des Blutes, niemals ein charakteristischer Herpes gefunden. 14 große technisch musterhaft ausgeführte Tafeln erläutern die Ausführungen dieses Aufsatzes. Klotz (Schwerin).

Hans Bahrdt. *Bibliographie der gesamten Kinderheilkunde für das Jahr 1911.* Herausgegeben von der Redaktion des Referatenteiles der Zeitschr. f. Kinderheilk. (Verlag von Julius Springer, Berlin, 1912.)

Es ist eine respektable Arbeit, die uns mit der Bibliographie vorgelegt wird; zweifelhaft ist, ob sie genügend Anerkennung finden wird. Die Bibliographie ist gewissermaßen ein Register und eine Ergänzung des Referatenteiles der Zeitschrift für Kinderheilkunde, dazu bestimmt, das Referatmaterial zugänglicher zu machen. Aus diesem Grunde sind die in 27 Heften des Referatenteiles referierten Arbeiten nach größeren Gebieten geordnet, so daß das Zusammensuchen der Literatur in einer bestimmten Frage tatsächlich bedeutend erleichtert wird. Die Einteilung der Gruppen erscheint zweckmäßig, die technische Ausführung ist gut. Es bleibt bei der Bibliographie nur ein Bedenken bestehen, ob tatsächlich ein Bedürfnis dafür vorhanden ist und ob sich genügend Abonnenten finden werden. A. Keller (Berlin).

Inhalt.

Anatomie und Physiologie. **Rabinowitsch.** *Leukozyten 145.* — **Schule.** **Glückmann.** *Schülerüberbürdung 145.* — **Ernährung und Stoffwechsel.** **Griffith.** *Stillvermögen 146.* — **Lanzun-Brown.** *Laktagoga 146.* — **Oliver.** *Laktation 146.* — **Mc Clanahan.** *Allaitement mixte 146.* — **v. Zubrzycki** und **Wolfgruber.** *Hämagglutinine der Frauenmilch 146.* — **Engel.** *Wirkung mechanischer Erschütterung auf Frauenmilch 147.* — **Morse.** *Pasteurisierte Milch 147.* — **Thöni** und **Thaysen.** *Micrococcus mucofaciens 147.* —

Aviragnet, Bloch-Michel und **Dorlencourt.** *Trockenmilch 147.* — **Langstein** und **Kassowitz.** *Gemüsekost 147.* — **Putzig.** *Pylorospasmus 148.* — **Schäfer.** *Pylorusstenose 148.* — **Hertz.** *Kongenitale Dyschezie 149.* — **Hart.** *Skorbut 149.* — **Parke** und **Edmondson.** *Einfluß von Krankheiten auf die spätere Entwicklung 149.* — **Dennett.** *Kalorienbedarf 150.* — **Nobécourt, Sevestre** und **Bidot.** *Harnstoffgehalt der Zerebrospinalflüssigkeit 150.* — **Klinik der Kinderkrankheiten. Addario.** *Trachom 150.* — **Credé-Hörder.** *Ophthalmoblennorrhöe 150.* — **Sautier.** *Sehschwäche 151.* — **Rose.** *Zahnpflege 151.* — **Wilson. Forbes** und **Newsholme. Gossage.** *Rhinitis 151.* — **Yearlsey.** *Dermoidzyste der Nase 152.* — **Batten.** *Dermatomyositis 152.* — **Maliwa.** *Ikterus 152.* — **Rolleston** und **Molony. Mc Cririck. Gara.** *Purpura 152.* — **Blühdorn.** *Unstillbare Blutungen 153.* — **Ribbert. Kassowitz.** *Rachitis 153.* — **Tschebotarewskaja.** *Akute Leukämie 153.* — **Parkes Weber.** *Diabetes insipidus 153.* — **Reika.** *Filmaron 154.* — **Cantley.** *Gastritis 154.* — **Vogt.** *Prophylaxe und Ernährungstherapie der Lungenerkrankungen 154.* — **Koeppe.** *Stillsche Krankheit 155* — **Cameron.** *Pneumokokkenperitonitis 155.* — **Burfield** und **Cleveland.** *Arthritis 155.* — **Poynton. Ness.** *Rheumatismus 155.* — **Rumjanzeff.** *Diazoreaktion 156.* — **Arms** und **Whitney.** *Desinfektion 156.* — **Molodenkoff.** *Fleckfieber 156.* — **Capps.** *Anginaepidemie 157.* — **Marzinowsky. Schrammen. Rolleston** *157.* — **Massini. Ssokoloff.** *Diphtherie 158.* — **Hering. Glomset. Nesbit** *158.* — **Bongarz. v. Szontagh. Gukow** *159.* — **Rutkowsky. Busch. Ssisemsky. Russakow.** *Scharlach 160.* — **Raffle** *160.* — **Allan.** *Masern 161.* — **Mallory** und **Hornor. Duthoit.** *Keuchhusten 161.* — **Erlenmeyer.** *Pocken 161.* — **Meder.** *Impfen 161.* — **Hedrén. Tubby. Ceelen. Calvé** *162.* **di Cristina.** *Tuberkulose 163.* — **Reiter** *163.* — **Marshal. Fitzwilliams. Bunch** *164.* — **Andronesco** und **Saratzeano. Dominici.** *Syphilis 165.* — **Charles.** *Myatonia congenita 165.* — **Simpson.** *Enuresis 165.* — **Azgoitia.** *Hemichorea 166.* — **Buerl.** *Tuberkel des Pedunculus 166.* — **Meier.** *Erweichung beider Großhirnhemisphären 166.* — **Turner** *166.* — **Braunstein.** *Amaurotische Idiotie 167.* — **Eastmann** und **Rosanoff.** *Assoziationsproben 167.* — **Stone.** *Behandlung vergrößerter Zervikaldrüsen 167.* — **Dandoy.** *Retropharyngealabszeß 167.* — **Denker.** *Interkrikothyreotomie 167.* — **Pussep.** *Operative Behandlung des Hydrozephalus 168.* — **Mandlebaum.** *Splenomegalie 168.* — **Cumston.** *Appendizitis 168.* — **Trumpp.** *Rektaler Schleimepithelpfropf 169.* — **Vas.** *Dystopie der inneren Genitalien 169.* — **Prèves.** *Humerus-*

fraktur 170. — **Lebedev.** *Angeborene Anomalien 170.* — **Fürsorge und Hospitäler. Schrader.** *Säuglingssterblichkeit 170.* — **Marcuse.** *Geburtenzahl 171.* — **Kisselj.** *Kinderkrankenhäuser 171.* — **Ostheimer.** *Besuchsdienst der Kinderpoliklinik 171.* — **Referate aus der polnischen pädiatrischen Literatur** *172.* — **Besprechungen. Cornet.** *Skrofulose 179.* — **Sittler.** *Die exsudativ-lymphatische Diathese 180.* — **Bartel.** *Status thymiolymphaticus und Status hypoplasticus 182.* — **Wagner v. Jauregg.** *Myxödem und Kretinismus 182.* — **Ziehen.** *Erkennung des Schwachsinns im Kindesalter — 182.* **Engel** und **Bauer.** *Biochemie und Biologie des Kolostrums 183.* — **Thaler.** *Baby-Kochbuch 183.* — **Ploss.** *Das Kind in Brauch und Sitte der Völker 183.* — *Handbuch der Hygiene 184.* — **v. Planta.** *Das kranke Kind und das Klima der Hochalpen 184.* — **Samosch.** *Schule und Haus 185.* — **Doernberger.** *Schularztfragen 185.* — **Beyer.** *Bestrebungen zur Reform des Irrenwesens 185.* — **Redlich** und **Binswanger.** *Die klinische Stellung der sogenannten genuinen Epilepsie 185.* — **Pistor.** *Organisation der Landeszentralen für Säuglingsschutz 186.* — **Landsberg.** *Statistik der Kindersterblichkeit in der Provinz Sachsen 186.* — **Tönniges.** *Geburtenrückgang 186.* — *Sammlung außerdeutscher Strafgesetzbücher 187.* — **Türk.** *Vorlesungen über klinische Hämatologie 187.* — **Jeßner.** *Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten 187.* — **Kirstein.** *Leitfaden für den Hebammenunterricht 187.* — *Hebammenlehrbuch 188.* — **Albu.** *Ernährung der Zuckerkranken 188.* — **Schlayer.** *Neuere klinische Anschauungen über Nephritis 188.* — **Hiller.** *Nährsalzarmut als Krankheitsursache 188.* — **Hoffa.** *Technik der Massage 189.* — **Lecher.** *Lehrbuch der Physik 189.* — **Brauer.** *Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten 189.* — *Bibliographie der gesamten Kinderheilkunde 190.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin W. 50., Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny Berlin | Göppert Göttingen | Knöpfelmacher Wien | Moro Heidelberg | Thiemich Leipzig | Tobler Breslau

Berend Budapest | Comba Florenz | Johannessen Kristiania | Koplik New-York | Marfan Paris | Thomson Edinburg | Wieland Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis der Abteilung „Referate" (ca. 50 Bogen) Mk. 24.—.
Preis der Abteilung „Originalien" (ca. 35—40 Bogen) Mk. 20.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XII. **Referate.** Nr. 3.

Amerikanische Literatur über Poliomyelitis. 1912. II. Semester. Sammelreferat.

1. **Atlee.** *Acute anterior poliomyelitis.* (Journ. Tennessee State Med. Assoc., September 1912.)

2. **Bacon.** *Anterior poliomyelitis.* (Illinois Med. Journ., September 1912.)

3. **Campbell.** *Orthopedic treatment of infantile paralysis.* (Orthopädische Behandlung der Kinderlähmung.) (Southern Med. Journ., November 1912.)

4. **Clark.** *The action of subdural injections of epinephrin in experimental poliomyelitis.* (Wirkung subduraler Einspritzung von Nebennierenextrakt bei experimenteller Poliomyelitis.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 3. August 1912.)

5. **Flexner.** *The mode of infection in epidemic poliomyelitis.* (Infektionsmodus bei Poliomyelitis.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 12. Oktober 1912.)

6. **Flexner, Clark** and **Dochez.** *Experimental poliomyelitis in monkeys.* (Experimentelle Poliomyelitis bei Affen, 13. Mitteilung.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 27. Juli 1912.)

7. **Freedman.** *Anterior poliomyelitis.* (Cleveland Med. Journ., September 1912.)

8. **Harbitz.** *Epidemic poliomyelitis in Norway.* (Poliomyelitis in Norwegen.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 7. September 1912.)

9. **Howard** and **Clark.** *Experiments on insect transmission of the virus of poliomyelitis.* (Übertragung des Poliomyelitisgiftes durch Insekten.) (Journ. Exper. Med., Dezember 1912.)

10. **Langhorst.** *Possible transmission of poliomyelitis through the dog.* (Übertragung der Poliomyelitis durch Hunde.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 28. Dezember 1912.)

11. **Leroy.** *Symptoms of poliomyelitis.* (Symptome der Poliomyelitis.) (Southern Med. Journ., Juli 1912.)

12. **Mc Ilhenny.** *Hyperemic treatment of acute anterior poliomyelitis.* (Hyperämische Behandlung der Poliomyelitis.) (Boston Med. and Surg. Journ., 18. Juli 1912.)

13. **Manning.** *Treatment of acute stages of poliomyelitis before appearance of paralysis.* (Behandlung des Frühstadiums der Poliomyelitis vor den Lähmungserscheinungen.) (Americ. Journ. Obstet., August 1912.)

14. **Mason.** *Etiology and pathology of poliomyelitis.* (Ätiologie und Pathologie der Poliomyelitis.) (Southern Med. Journ., Juli 1912.)

15. **Negus.** *Anterior poliomyelitis: differential diagnosis.* (Differentialdiagnose der Poliomyelitis.) (Journ. Iowa State Med. Soc., November 1912.)

16. **Neustaedter.** *A contribution to the etiology of poliomyelitis.* (Beitrag zur Ätiologie der Poliomyelitis.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 7. September 1912.)

17. **Neustaedter.** *Pathological changes of the pharyngeal mucosa an early symptom pathognomonic of poliomyelitis.* (Veränderungen der Rachenschleimhaut ein pathognomonisches Frühsymptom der Poliomyelitis.) (New York Med. Journ., 14. September 1912.)

18. **Sachs.** *Acute infectious transverse myelitis due to virus of poliomyelitis.* (Akute transversale Myelitis vom Poliomyelitisgift.) (Journ. Nerv. and Mental Dis., November 1912.)

19. **Seay.** *Symptoms of infantile paralysis.* (Symptome der Kinderlähmung.) (Southern Med. Journ., Juli 1912.)

20. **Skoog.** *Acute Poliomyelitis: transverse myelitis type.* (Typus von transversaler Myelitis der Poliomyelitis.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 7. September 1912.)

21. **Skoog.** *Pathologic study of a case of acute poliomyelitis.* (Pathologische Untersuchung eines Falles von Poliomyelitis.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 28. September 1912.)

22. **Somerville.** *Case of infantile paralysis with unusual features.* (Fall von Kinderlähmung mit ungewöhnlichen Symptomen.) (Southern Med. Journ., Juli 1912.)

23. **Somerville.** *Diagnosis of poliomyelitis.* (Diagnostik der Poliomyelitis.) (Ibid.)

24. **Thomson.** *Sporadic and epidemic poliomyelitis.* (Med. Record, 19. August 1912.)

25. **Wiener.** *Acute bulbar palsy, with autopsy and histological findings; type: anterior poliomyelitis.* (Sektionsbefund bei einem bulbären Fall von Kinderlähmung.) (Med. Record, 2. Dezember 1912.)

26. **Wilbur.** *Early diagnosis of epidemic poliomyelitis.* (Frühdiagnose der Poliomyelitis.) (California State Journ. of Med., Oktober 1912.)

27. **Williams.** *Acute anterior poliomyelitis.* (Journ. Med. Soc. New Jersey, August 1912.)

28. **Williams.** *3 closely associated cases of acute poliomyelitis.* (3 zusammenhängende Fälle von Poliomyelitis.) (California State Journ. of Med., Oktober 1912.)

Obgleich in den letzten Monaten die Berichte über Poliomyelitis in der Zahl bedeutend abgenommen haben, haben die Mitteilungen keineswegs an Interesse verloren, ja, unsere Kenntnisse sind in einigen Beziehungen nicht unwesentlich bereichert worden. Die Verheerungen der Krankheit in der erwähnten Periode, wenngleich geringer als in den vorigen 2 Jahren, waren dennoch recht bedeutend und die Berichte über dieselben werden im Verlaufe des nächsten Semesters ein bedeutendes Material liefern.

Ätiologie.

Das Hauptinteresse bezieht sich auf die Möglichkeit der Übertragung durch Insekten. Umfangreich sind die Untersuchungen von Howard und Clark (9), welche Culex und Pediculus bestimmt ausschließen, die Wanzen dagegen stark verdächtigen. Nicht beißende Insekten, wie die Stubenfliege, spielen sicherlich keine große Rolle, dagegen scheint Rosenau (vorläufiger Bericht) die Stallfliege zu verdächtigen. Flexner (5) betont die Gefährlichkeit der Infektionsträger und Neustaedter (16) meint, das ein neuropathischer Habitus zur Krankheit disponiere.

Pathologie.

Die atypischen Formen finden spezielle Würdigung. So berichten Sachs (18) und Skoog (20) über je einen Fall von Transversalmyelitis, die zweifellos der spinalen Kinderlähmung angehörten; ersterer genas, beim zweiten wurde die Diagnose bei der Sektion klargestellt. Wiener (25) gibt ausführlichen makro- und mikroskopischen Sektionsbericht über einen Fall von poliomyelitischer Bulbärparalyse.

Wichtig ist die Mitteilung von Flexner u. A. (6), daß das Poliomyelitisgift im Magendarmkanal und den Fäzes noch leben bleibt, wenigstens auf Affen noch übertragbar ist; ob das Gift noch für Menschen infektiös ist, bleibt fürs erste ungewiß.

Diagnose.

Neustaedter (17) meint, in einem anämischen Ödem der Rachenschleimhaut ein pathognostisches Frühsymptom zu finden; dies bedarf entschieden weiterer Bestätigung. Interessant ist der Bericht von Langhorst (10), der wenigstens in einem Falle Poliomyelitis mit Lyssa verwechselt hat. Bei der Häufigkeit von Lyssa in verschiedenen Teilen der Union und der Ähnlichkeit des paralytischen Typus dieser Krankheit mit der atypischen Kinderlähmung ist diese Mitteilung von größter Bedeutung. Daß Poliomyelitis bei Hunden vorkommt oder gar durch Hundebisse übertragen wird, entbehrt bisher jeder wissenschaftlichen Basis.

Therapie.

Wenig Wertvolles ist hier zu verzeichnen. Clark (4) meint, daß subdurale Einspritzung von Nebennierenextrakt den Tonus der gelähmten Muskel erhöht und daß dieses Verfahren eine aufsteigende Lähmung sistieren machen könnte. Die Wirkung soll durch Beeinflussung des Blutdrucks erfolgen, doch verspricht sich Verf. nicht zu viel davon. Sonst sind die empfohlenen therapeutischen Ratschläge zumeist von orthopädischem Interesse.

Wachenheim (New York).

Anatomie und Physiologie, allgemeine Pathologie und Therapie.

Mary H. Williams. *The temperatures of one thousand children.* (Lancet, 4. Mai 1912.)

Bericht über Temperaturmessungen an 1000 nicht besonders ausgewählten Kindern zwischen 12 und 14 Jahren. Messung im Munde, 10 Minuten lang. Die Kinder wurden in 6 Gruppen geteilt: normale (beziehungsweise nicht verdächtige), zirka $^1/_4$ des Materials; — solche mit Tonsillitis; — Kinder mit Lungentuberkulose ($^1/_4$ des Materials!); — auf Lungentuberkulose Verdächtige; — Kinder mit Rheumatismus ($^1/_4$ des Materials!) und auf Rheumatismus Verdächtige. — Der größte Teil dieser Kinder hatte leichte Temperatursteigerungen; auch die „Unverdächtigen" sind daran beteiligt.

Eckhardt (Breslau).

Dora Fraenkel (Borgsdorf bei Berlin). *Über die normale Körpertemperatur der Kinder bei Bewegung und Ruhe.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr, 6, S. 267—268.)

Körperbewegungen rufen gesetzmäßig bei allen Kindern eine Steigerung der Körpertemperatur hervor, die nach Ruhe wieder zur Norm absinkt. Kinder mit positiver Pirquetreaktion verhalten sich dabei ebenso wie solche mit negativer, neuropathische sind abhängiger von der Außentemperatur als gesunde. In der Ruhe überschreitet die normale Temperatur bei den meisten Kindern nicht 37·2, im After gemessen. E. Nagel-Hoffmann.

A. Mendelssohn. *Über das Wärmeregulationsvermögen des Säuglings.* (A. d. Kinderklinik in Freiburg.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. V, S. 269.)

Der Verf. stellte seine Versuche so an, daß er die Kinder — in der üblichen Weise bekleidet — vermittels eines regulierbaren elektrischen Wärmekissens erhitzte. Die Wärme zwischen Kissen und Haut betrug etwa 40°, sie wurde 2 bis 3 Stunden lang auf derselben Höhe gehalten. Die Versuche sollten Aufklärung darüber geben, wie die Kinder auf diese Wärmeeinwirkung reagierten und wieviel Wärme der Körper wieder durch die Funktionen der Haut, hauptsächlich durch Strahlung und Leitung abgab.

Es ergab sich, daß der Säugling über recht gute Regulationsvorrichtungen gegenüber der Hitzeeinwirkung verfügt. Am besten funktioniert die Schweißsekretion, die aber durchaus nicht bei allen Kindern vorhanden war. An zweiter Stelle ist die Atemtätigkeit zu nennen. Gering dagegen ist die Wärmeabgabe von der Haut durch Strahlung und Leitung. Birk (Kiel).

Edmund Cantley. *Fever in the newborn.* (Brit. med. Journ., 18. Mai 1912.)

Besprechung der fieberhaften Erkrankungen der ersten Lebenswochen, hauptsächlich der Sepsis, mit Mitteilung von Krankengeschichten. Eckhardt.

C. **Paget Lapage.** *Certain forms of fever of obscure origin in infancy and childhood.* (Brit. med. Journ., 29. Juni 1912.)

Zahlreiche Krankheiten mehr oder weniger ernster Natur können kürzere oder längere Zeit hindurch nur durch Fieber und vage Symptome sich bemerkbar machen. Es werden besprochen Bronchialdrüsentuberkulose, Ohrerkrankungen, rheumatische Erkrankungen, Osteomyelitis, Poliomyelitis acuta; Leukämie; Kolicystitis und -bazillurie, chronische Verdauungsstörungen, tuberkulöse Erkrankungen der Abdominalorgane, tuberkulöse und epidemische Meningitis. Eckhardt.

Wollstein and **Morgan.** *Blood-cultures during life in infants and young children, with description of new technic.* (Blutkulturen bei Kindern mittels einer neuen Technik.) (Americ. Journ. Dis. Children, Oktober 1912.)

Verff. entnehmen das Blut gewöhnlich von der v. jugularis externa. Eine gläserne Pravazspritze wird möglichst direkt durch die mit Jod gepinselte Haut eingeführt und 1 cm^3 Blut abgezogen. Prognostisch ist der gelegentliche Befund von Pneumokokken bei Pneumonie ohne Bedeutung, dagegen bei Empyem ziemlich ungünstig, doch war hier das Material ziemlich gering. Bei Rheumatismus versagten die Kulturen, obgleich einige Fälle letal endeten. Die Methode ist auch in den ersten Lebenswochen ausführbar.

Wachenheim (New York).

Michiels. *Eine einfache Methode zur Bestimmung der Gerinnzeit des Blutes.* (A. d. Kinderklinik in Wien.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. V, S. 449.)

Der Einstich erfolgte mit dem Frankeschen Schnepper. Ohne einen Druck auszuüben, läßt man das Blut aus der Wunde treten. Mit einer Stoppuhr, die Sekunden anzeigt, wird der Moment fixiert, in dem der Blutstropfen auszufließen beginnt. Beim ersten Erscheinen des Tropfens dreht man den Finger, so daß die Volarseite nach unten sieht, und nimmt genau alle 15 Sekunden je einen Blutstropfen auf einen breiten Streifen Fließpapier, indem man mit letzterem die Kuppe des austretenden Bluttropfens berührt. Dies Manöver wird so oft wiederholt, bis durch den Eintritt der Gerinnung kein Blut mehr von dem Fließpapier aufgesaugt wird.

Die Zahl der Tropfen, dividiert durch 4, ergibt die Blutgerinnungszeit in Minuten. Birk (Kiel).

A. Cevidalli (Modena). *Sur la fonction des capsules surrénales durant la vie foetale.* (Rev. suisse de méd., Nr. 6, Dez. 1912.)

Verf. untersuchte die Nebennieren bei 3 Rinderföten und einem Pferdefötus. Die Organe wurden gleich nach der Entnahme aus dem Fötus in kleine Stücke geschnitten und einem Enteiweißungsverfahren unterworfen. Das Adrenalin wurde auf chemische Weise nachgewiesen. Es zeigte sich, daß dasselbe in der letzten Zeit des intrauterinen Lebens schon in erheblichem Maße sowohl beim

Rind wie beim Pferde vorhanden ist. Cevidalli glaubt, daß die negativen Resultate verschiedener Autoren bei Neugeborenen einerseits infolge pathologischer Umstände andererseits infolge postmortaler Veränderungen zu erklären sind. Bei 4 Kindern unter einem Jahr fand Verf. in den Nebennieren Adrenalin. Er verfügt leider nicht über Beobachtungen am menschlichen Fötus. Das zu untersuchende Material muß möglichst frisch sein. Nach Thomas bestehen die menschlichen Nebennieren unmittelbar nach der Geburt hauptsächlich aus Rindensubstanz im Gegensatz zu den Föten vieler Tierspezies, die mit relativ großer Medullarsubstanz zur Welt kommen. Max Reber (Basel).

J. M. Mac Phail. *Massage in wasting diseases of children.* (Brit. Journ. of child. dis., Sept. 1912.)

Verf. hat schwer kranken Säuglingen (chronische Ernährungsstörungen) wochenlang eine allgemeine Massage von täglich $^1/_2$ Stunde angedeihen lassen, um dadurch den wenig agilen oder ganz bewegungslosen Kindern die Einwirkung der natürlichen aktiven Bewegung zu ersetzen. Seine Erfolge waren frappant: ohne Änderung der bisherigen Ernährung nahmen die vorher nicht gedeihenden Kinder glänzend zu und entwickelten sich gut. — 2 Gewichtskurven.

Eckhardt.

G. Hunaeus. *Über die Anwendung von Kreosotal in der Kinderpraxis.* (Med. Klinik, Nr. 39.)

Hunaeus hat bei allen Lungenaffektionen von Kindern vorzügliche Heilresultate mit Kreosotal erzielt. Neben seiner spezifisch lösenden Wirkung auf die Sekretionsprodukte der erkrankten Schleimhäute und einer bakteriziden Komponente soll es in konstanter Weise die Temperatur um 1° bis 1·5° herabsetzen. Als Dosen kommen für das erste Jahr dreimal täglich 5 Tropfen in Betracht, für das spätere Kindesalter entsprechend mehr. Steinitz (Breslau).

F. Boas. *Ein bekanntes Abführmittel in neuer zweckmäßiger Form: Extract. fluidum follic. Sennae (Folliculin).* (Therapie der Gegenwart, 1913, S. 11.)

Auf Grund zweijähriger Erfahrung empfiehlt Verf. dies einheitliche, konstante und gut haltbare Sennapräparat zur Bekämpfung der Obstipation. Dosis 1 bis 3 Teelöffel pro Tag für Erwachsene.

Orgler (Berlin).

Emil Fischer und **Georg Klemperer.** *Über eine neue Klasse von lipoiden Arsenverbindungen.* (Therapie der Gegenwart, 1913, S. 1.)

„Elarson", das Strontiumsalz der Chlorarsenobehenolsäure wird bei sekundären Anämien, bei Chorea, schweren Neuralgien, besonders Kopfschmerzen usw., zur Anwendung empfohlen. Dosierung für Kinder 2- bis 3mal täglich 1 Tablette, 1 bis 2 Stunden nach der Mahlzeit; jede Tablette enthält 0·5 mg Arsen. Tierversuche

und Versuche am Menschen ergaben mindestens eine Resorption von 80 beziehungsweise 73%. Orgler (Berlin).

Ernährung und Stoffwechsel.

Eaton. *Problems of infant feeding.* (Probleme der Säuglingsernährung.) (Arch. of Ped., November 1912.)

Viele Säuglinge bedürfen niedriger Fett- und hoher Eiweißsätze, bei Anerkennung dieser Eigentümlichkeit wird oft bei anfänglich schwierigen Fällen rapides Gedeihen erzielt.

Wachenheim (New York).

J. Peiser (Berlin). *Über die Verwendung konservierter Ammenmilch zur Ernährung von Säuglingen.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 37, S. 1735—1737.)

Gibt man zu 200 cm^3 Ammenmilch 4 Tropfen Perhydrol und 0·2 g Kalziumsuperoxyd (Kalkodat) und hält die Mischung $^1/_2$ Stunde bei 50°, so kann man die Milch längere Zeit konservieren. Alle 2 Tage werden von neuem 2 Tropfen Perhydrol zugesetzt und $^1/_2$ Stunde auf 50° erwärmt. Selbst 52 Tage alte Milch konnte ohne Schaden noch verfüttert werden, auch wenn die Reaktion amphother geworden war. Von Dyspeptischen schien die konservierte Ammenmilch sogar besser vertragen zu werden als frische. E. Nagel-Hoffmann.

Holt, Levene, Brown, Wollstein. Courtney, Moore. *The influence of high protein feeding on the general metabolism, on the intestinal flora, and on the body temperature of infants.* (Einfluß hoher Proteinernährung auf den Stoffwechsel, die Darmflora und die Körpertemperatur der Säuglinge.) (Americ. Jorun. Dis. Children, November 1912.)

Alimentärfieber kam bloß bei Proteinsätzen (meist Kasein) über 6 Prozent vor, damit war Chlorretention verbunden. Herabsetzen der Proteine erzeugte Temperaturabfall. Man darf also Eiweißmengen noch höher als die von Finkelstein gestatteten ohne Gefahr darreichen, doch ist ihre Anwendung auf die Dauer zu widerraten. Die Notwendigkeit der Milchsalze wird betont. In bezug auf die Darmflora bewirkt starke Eiweißfütterung eine Zunahme des Bact. mesentericus und des Bact. coli, aber die säurebildenden Bakterien verschwinden nie gänzlich. Wachenheim (New York).

O. Meyer (Berlin). *Alimentäre Vergiftung unter dem Bilde zerebraler Herdaffektionen.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 33, S. 1551—1553.)

Bericht über eine akut einsetzende alimentäre Intoxikation bei $3^1/_2$jährigem Kinde mit Bewußtlosigkeit, Fieber, exquisit einseitigen epileptiformen und athetotischen Bewegungen und Déviation conjugée. Lange fortgesetzte Darmspülungen brachten in Verbindung

mit hydrotherapeutischen Maßnahmen, Abführmitteln, reichlicher Flüssigkeitszufuhr und Kochsalzinfusionen völlige Heilung. Die Ursache war wahrscheinlich die Bildung von Ptomainen im gestauten Darminhalt. Meyer empfiehlt länger fortgesetzte Magen- und Darmspülungen und Kochsalzinfusionen für unklare zerebral beginnende Erkrankungen. E. Nagel-Hoffmann.

M. Steiner (Tanger). *Gastrointestinale Störungen bei Säuglingen in Form des Tangerfiebers.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 33, S. 1553—1554.)

Die Krankheit gleicht völlig der Sommerdiarrhöe der Säuglinge, geht aber mit Milzvergrößerung einher und wird, während die gewöhnliche Therapie völlig versagt, durch Chinin rasch geheilt. E. Nagel-Hoffmann.

Mallié. *Les infections intestinales et la bactério-therapie.* (Rev. suisse de méd., Nr. 9, Febr. 1913.)

Mallié empfiehlt zur Behandlung intestinaler Infektionen ein in Genf unter dem Namen „Tapo" aus Bakterienkulturen hergestelltes, lösliches Präparat. Das Mittel führt angeblich nach längstens 7 Tagen zu einer vollständigen Desinfektion des Darminhaltes. Bei Anwesenheit der verschiedensten Mikroorganismen werden Antigene und Antitoxine gebildet, unter deren Einfluß die infektiösen Symptome rasch verschwinden. Max Reber (Basel).

J. Rosenstern (Berlin). *Hunger im Säuglingsalter und Ernährungstechnik.* (Deutsche med. Wochensch., 1912, Nr. 39, S. 1834—1839.)

Bei der modernen Ernährungstechnik — 5 Mahlzeiten am Tag — wird eine Reihe junger Brustkinder, sogenannte trinkfaule, unterernährt. Es ist dann für 2 bis 3 Wochen häufigeres Anlegen zu empfehlen; manchmal genügt auch schon die Verabreichung von Pepsinsalzsäure oder ganz vorsichtiges Allaitement mixte respektive Nachtrinken der abgepreßten Muttermilch. Ursache ist vielleicht mangelhafte Ausbildung des Trinkreflexmechanismus. Auch künstlich ernährte Säuglinge können mitunter die Flüssigkeitsmenge der stark verdünnten Nahrung nicht in 5 Mahlzeiten bewältigen. Besonders gefährlich wirkt Unterernährung beim kranken Säugling (Infektionskrankheiten!); da kommen bei intaktem Darm für ältere Kinder jenseits des 6. Monats die konzentrierten Milchnahrungen (Ramogen usw.) in Betracht, für den jüngeren Säugling vom 3. Monat an konzentrierte Eiweißmilch. E. Nagel-Hoffmann.

F. Lust. *Kuhmilch-Idiosynkrasie und Anaphylaxie.* (Med. Klinik, Nr. 43.)

Während die Genese der angeborenen Idiosynkrasie der Säuglinge gegen Kuhmilch ganz ungeklärt ist, ist es nicht unwahrscheinlich, daß die erworbene Idiosynkrasie als Anaphylaxie aufzufassen ist. Sie betrifft fast durchwegs schwächliche Kinder, die bei Kuhmilchernährung schwer dyspeptisch geworden sind. In dieser Krankheit

müßte zuerst genuines Rindereiweiß resorbiert worden sein. Wird dann nach einer mehr oder weniger langen Brusternährung wieder Kuhmilch aufgenommen (und wieder genuin resorbiert), so tritt die Erkrankung ein, die für einen anaphylaktischen Shock typisch verläuft. Diese Auffassung der Idiosynkrasie ist allerdings vorläufig noch Hypothese. Um sie zu beweisen, müßten folgende experimentelle Beweise erbracht werden: 1. Der Nachweis von Rinderserum im Blute von Kindern mit Kuhmilchidiosynkrasie; 2. die passive Übertragbarkeit der Anaphylaxie-Antikörper; 3. das Entstehen eines antianaphylaktischen Stadiums gegen Kuhmilch nach dem Auftreten der stürmischen Reaktion. Steinitz (Breslau).

J. Ross Mackenzie. *Observations on saline solution in epidemic diarrhoea.* (Brit. Journ. of childr. dis., August 1912.)

Bei schweren akuten Ernährungsstörungen wirkt subkutane Injektion von sterilem Wasser oder gewöhnlicher Salzlösung oder isotonischer Lösung zunächst in gleicher Weise, durch Besserung des Blutdruckes; etwas länger anhaltende Wirkung haben aber nur die beiden letzteren. Eckhardt (Breslau).

Ad. Schmidt. *Weitere Erfahrungen über die Behandlung von Darmkrankheiten mit Sauerstoff.* (Therapie der Gegenwart, 1913, S. 8.)

Verf. hat bei Erwachsenen durch Einblasen von Sauerstoff ins Duodenum günstige Erfolge bei Gärungsdyspepsien und Gärungskatarrhen gesehen. In dieser Arbeit berichtet Verf. auch über seine Erfahrungen an Säuglingen mit dieser Therapie; es werden täglich je 100 bis 200 cm^3 O^2 per os oder per rectum eingeführt. Von neun so behandelten Säuglingen wurden sechs geheilt; zweimal versagte die Therapie, einmal war der Erfolg zweifelhaft. Die beiden etwas ausführlich mitgeteilten Fälle sind gerade nicht sehr überzeugend, aber vielleicht erleben wir wie bei den Magen- und Darmspülungen eine Periode der Sauerstoffeinblasungen in Magen und Darm.

Orgler (Berlin).

Coit. *A method of scoring the viability of infants, etc.* (Schema zur Aufzeichnung der Lebensfähigkeit der Säuglinge.) (Arch. of Ped., Dezember 1912.)

Verf. empfiehlt eine arithmetische Berechnung, bei welcher Pflege, Wohnung und Funktionieren der verschiedenen Organe in Betracht gezogen werden; das erhaltene Prozentualergebnis soll jeden Monat nachgeprüft und korrigiert werden. Man erhält demnach ein anschauliches Bild des Fortschrittes respektive Rückganges des betreffenden Kindes. Die Schätzung des Verf. der Brustmilch auf bloß 10% ist ganz gewiß zu niedrig, namentlich gegenüber 7% für passende künstliche Ernährung. Wachenheim (New York).

Pisek and **Le Wald.** *Pyloric obstruction, with a comparative study of the normal stomach of infants.* (Pylorusverschluß mit Vergleichsuntersuchung über den normalen Magen.) (Arch. of Ped., Dezember 1912.)

Diagnostisch legen Verff. das Hauptgewicht auf die Röntgenuntersuchung mittels Darreichung von Wismutmilch. 24 gute Röntgenbilder geben über normale sowie pathologische Verhältnisse Aufschluß. Wachenheim (New York.)

E. Thomas. *Über riesenwuchsähnliche Zustände im Kindesalter.* (A. d. Kais. Augusta-Victoria-Haus in Charlottenburg.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. V, S. 401.)

Mitteilung einiger kasuistischer Fälle. Zahlreiche Literaturangaben. Birk (Kiel).

L. Unger. *Beiträge zur Pathologie und Klinik der Neugeborenen. Icterus neonatorum.* (A. d. II. Univ.-Frauenklinik in Wien.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. V, S. 312.)

Die vieldiskutierte und niemals sicher entschiedene Frage vom Icterus neonatorum findet hier eine erneute, eingehende Bearbeitung, für die das große Material der II. Wiener Frauenklinik die Grundlage abgab.

Der „physiologische" Ikterus trat in 20·2% auf. In

3	Fällen	bereits	am	1.	Lebenstage,
71	„	„	„	2.	„
273	„	„	„	3.	„
180	„	„	„	4.	„
137	„	„	„	5.	„
81	„	„	„	6.	„
37	„	„	„	7.	„

Die Dauer betrug in den meisten Fällen: 84·4% = 4 bis 6 Tage, in 12·4% = 7 bis 9 Tage und in 2·8% weniger als 4 Tage.

Die Verteilung der Fälle auf die einzelnen Kalendermonate zeigte einen deutlichen Zusammenhang mit gewissen hygienischen Faktoren. Es ergab sich nämlich, daß in Zeiten, in denen die Säle stark mit Wöchnerinnen belegt oder gar überfüllt waren, die Anzahl der ikterischen Kinder größer war, vor allem aber zeigte sich, daß die Zunahme oder Abnahme der Ikterusfälle parallel ging mit dem regelmäßigen Turnus der Desinfektion und Reinigung der einzelnen klinischen Abteilungen. In der ersten Zeit nach diesen Maßnahmen kam es wiederholt vor, daß in den gereinigten Sälen wochenlang keine Ikterusfälle beobachtet wurden, während die Fälle sich häuften, je längere Zeit seit der Reinigung vergangen war.

In der klinischen Symptomatologie des Icterus neonatorum spielten Erscheinungen von seiten des Verdauungsapparates eine sehr wichtige, wenn nicht die Hauptrolle. Viele Kinder zeigten Erbrechen, bemerkenswerterweise schon vor dem ersten Anlegen. Einzelne zeigten Anomalien der Stuhlentleerungen, sehr häufig zeigten sich Meteorismus und Schlafsucht. Der Ikterus selbst trat in verschiedener Intensität auf:

1. in Form ganz leichter Gelbfärbung an Brust, Rücken und im Gesicht.

2. In den meisten Fällen waren jedoch die Hautdecken intensiv gelb gefärbt, ebenso die Schleimhäute, die Skleralbindehaut, die Tränen und das Nasensekret. Derartig ikterische Kinder waren alle erheblich in ihrem Allgemeinbefinden gestört, schlafsüchtig und dyspeptisch.

3. Eine dritte Kategorie von Fällen zeigte noch intensivere Begleiterscheinungen: Soor, starke Benommenheit, galliges oder schleimiges Erbrechen.

4. Die schwersten Fälle gingen mit Fieber einher, das meist mit dem Beginne des Ikterus auftrat und 1 oder 2 Tage anhielt.

Die Urinuntersuchung ergab keine neuen Befunde. Bei der Untersuchung des Blutes beziehungsweise der Resistenzfähigkeit der roten Blutkörperchen gegenüber hypotonischen Kochsalzlösungen ergab sich, daß die Resistenzfähigkeit der Erythrocyten eine erhöhte ist — wie es bereits vom Erwachsenen her bekannt ist.

Der Icterus neonatorum ist hepatogener Natur, er ist keine physiologische Erscheinung, sondern ist als eine Krankheit der neugeborenen Kinder aufzufassen. Daraus ergibt sich schon, daß die Behauptung, er bedürfe wegen seines gutartigen Verlaufes keiner Behandlung, eine irrige ist.

Hinsichtlich der Pathogenese lehnt der Verf. die zahlreichen Theorien über die Herkunft des Ikterus ab und schließt sich auf Grund seiner eigenen Beobachtungen der bereits früher von Czerny und Keller geäußerten Meinung an, daß er einer enteralen Infektion seine Entstehung verdanke.

Hinsichtlich der Prognose bestätigt der Autor die Anschauung Pfannenstiels, der erklärte: „Die allgemein verbreitete Überzeugung von der Harmlosigkeit ikterischer Erkrankungen in den ersten Lebenstagen ist als irrtümlich aufzugeben." Die Prognose ist immer reserviert zu stellen. Ernster ist sie, wenn es sich um den sogenannten habituellen Ikterus (Pfannenstiel) handelt, d. h. wenn Neugeborene desselben Elternpaares immer wieder von Ikterus befallen werden. Als ernst muß die Prognose angesehen werden, wenn der Ikterus schon am 1. Lebenstage auftritt, rasch an Intensität zunimmt und auch der Harn ikterisch wird. Am ungünstigsten ist die Prognose, wenn meningeale Reizerscheinungen, tonische Krämpfe oder bulbäre Symptome auftreten, weil diese Symptome auf den sogenannten Kernikterus hinweisen. Birk (Kiel).

Neukirch. *Ikterische Zellen im Blut bei Icterus gravis neonatorum* (A. d. pathol. Institut in Heidelberg.) (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. LXXIV, S. 380.)

Frühgeborenes Kind, das im Alter von 17 Tagen in die dortige Kinderklinik aufgenommen wurde und nach 3 Tagen starb. Nach dem klinischen Befund, dem Ergebnis der Obduktion und der histologischen Untersuchung hält Verf. den Fall für inkompletten Gallengangsverschluß mit Ikterus, kompliziert durch Sepsis und eine

dadurch bedingte hämorrhagische Diathese und schwere sekundäre Anämie.

Bei der Blutuntersuchung post mortem fanden sich leuchtend goldgelbe runde Zellen etwa von der Größe der größten im übrigen vorhandenen weißen Blutkörperchen. Die gelbe Färbung rührte von größeren Körnern und Zellen oder feiner strukturierten Granula von Gallenpigment her. Das histologische Bild der Leber wird durch zahlreiche Blutbildungsherde, durch hochgradigen Ikterus mit Einreißen von Gallenkapillaren, Bildung von „Gallenthromben" und ziliärer Zirrhose, durch ikterische Nekrose von Leberzellen, durch gallenpigmenthaltige Endothelien charakterisiert. Keller (Berlin).

Liefmann und **Lindemann**. *Die Lokalisation der Säuglingssterblichkeit in Berlin und ihre Beziehungen zur Wohnungsfrage.* (Med. Klinik, Nr. 26, 27, 28.)

Auf Grund von statistischen Feststellungen, die sich auf die Säuglingstodesfälle von Mai bis September 1911 in Berlin beziehen, kommen die Verff. zu dem Resultate, daß neben den Ernährungs- und den meteorologischen Verhältnissen die Wohnungsfrage eine hervorragende Rolle beim Zustandekommen hoher Säuglingssterblichkeit spiele; sie fordern deswegen, daß die Organisation der Säuglingsfürsorgeeinrichtungen eine Erweiterung erfahren solle. Die Verff. denken an Anstellung von geschulten Beamten, die die Wohnungen aufsuchen und die Überwärmung der Kinder verhüten sollen. (Reinhaltung, Lüftung, Schutz vor zu starker Besonnung, Vermeidung von vielem Kochen, Bügeln und sonstiger Hausarbeit, zweckmäßige Bekleidung des Kindes.) Eventuell kämen auch Mietszuschüsse in Betracht, die der Überfüllung der Wohnungen steuern sollen.

Da die Statistik der Verff. zeigt, daß die Zentren der Säuglingssterblichkeit gleichzeitig den Hauptherden von Scharlach und Diphtherie entsprechen, so würde die geplante Wohnungsfürsorge auch der Bekämpfung anderer Krankheiten dienen. Steinitz (Breslau).

E. Schlesinger (Straßburg). *Die Einwirkung der Sommerhitze auf Säuglinge und ältere Kinder.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 12, S. 558 bis 560.)

Die kolossale Erhöhung der Säuglingssterblichkeit im heißen Sommer 1911, die besonders in den dicht bebauten Stadtteilen hervortrat, führt Schlesinger vor allem auf Wärmestauung zurück und weist auf den großen Wert der Entwärmung des Säuglings hin. Auch für die in diesem Sommer in größerer Häufigkeit beobachtete, in den Ferien sofort gebesserte Gewichtsabnahme und Anämie bei Schulkindern sieht er den Grund in Wärmestauung in den Schulzimmern. E. Nagel-Hoffmann (Berlin).

L. Lewin. *Spektrophotographische Untersuchungen des Mekonium.* (Pflügers Arch. f. Physiol., 1912, Bd. CXLV, S. 393.)

Es ist behauptet worden, daß im Mekonium sich saures Hämatoporphyrin finde. Diese Angabe war eine der Veranlassungen zu den

vorliegenden Untersuchungen. Nun finden sich zwar im Spektroskop des Azetonextraktes von Mekonium zwei Streifen, die für Mekonium charakteristisch sind. Dem sauren Hämatoporphyrin aber gehören sie nicht an.

Erschöpft man Mekonium mit Azeton in der Kälte oder Wärme, so erhält man eine grünliche Färbung, welche alsbald die beiden Mekoniumstreifen auf der gelbgrünen Grenze beziehungsweise im Grünen erkennen läßt; sie liegen bei

$$\lambda = 539\,\mu\mu$$
$$\lambda = 576\,\mu\mu$$

Außerdem erscheint vereinzelt ein dritter distinkter Streifen in Rot bei $\lambda = 639\,\mu\mu$.

Besser noch als Azeton hat sich Lewin der Methylalkohol als Extraktionsmittel bewährt. Bei sorgfältigem Verreiben und leichtem Erwärmen geht der grüne Farbstoff des Mekoniums in Lösung und gibt spektrographisch sofort die beiden Mekoniumstreifen und nach längerem Stehen den Streifen in Rot.

Die beiden Mekoniumstreifen gehören keinem Blutfarbstoffderivat an, sondern einem Oxydationsprodukt des Bilirubins. Es gelang jedoch nicht, durch Überimpfen von Mekonium auf Bilirubinlösung die Mekoniumstreifen zu erzeugen; es müssen wohl durch die besonderen Verhältnisse bedingte, außerordentliche Oxydationsvorgänge in der fötalen Gallenblase beziehungsweise in dem fötalen Darm sein, die dieses grüne Produkt schaffen.

Die Feststellungen Lewins sind forensisch von großer Bedeutung, wenn tatsächlich auf diesem Wege die Diagnose auf Mekonium gesichert werden kann. A. Keller (Berlin).

W. Usener. *Über ein salolspaltendes Ferment in der Frauenmilch und dessen Einfluß bei Salolmedikation.* (A. d. städt. Säuglingsheim, Dresden.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. V, S. 431.)

In der Frauenmilch tritt eine schnelle und energische Salolspaltung ein; in der Kuhmilch dagegen nicht. Die Salolspaltung ist in der Frauenmilch nach $^1/_2$ bis 1 Stunde sichtbar, nach 1 bis $1^1/_2$ Stunden deutlich, nach 3 bis 6 Stunden abgelaufen. Birk (Kiel).

K. Huldschinsky. *Untersuchungen über die Pathogenese der Verdauungsstörungen. Über die flüchtigen Fettsäuren im Mageninhalt magenkranker und überfütterter Säuglinge.* (A. d. Kais.-Augusta-Victoria-Haus in Charlottenburg u. d. Kinderklinik in Wien.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. V, S. 475.)

Das Resultat seiner Untersuchungen faßt der Autor folgendermaßen zusammen:

Es wurden 50 Untersuchungen an magenkranken und überfütterten Kindern bei bakteriologisch einwandfreier Nahrung vorgenommen.

Eine Vermehrung der flüchtigen Fettsäuren im Magen gegenüber gesunden Kindern konnte nur selten und auch dann nur in geringem Maße nachgewiesen werden.

Das Vorkommen abnormer Gärungsprozesse im Säuglingsmagen infolge Stagnation muß als fraglich angesehen werden.

Die Menge der flüchtigen Säuren steht in direktem Verhältnis zum Fettgehalte der Nahrung, im umgekehrten zur Menge des Rückstandes.

Die flüchtigen Fettsäuren im Magen können nur bei bereits alterierter Funktion desselben als schädigend angesehen werden. Einen gesunden Magen zu schädigen sind sie infolge ihrer geringen Menge, selbst bei Überfütterung, nicht imstande. Birk (Kiel).

M. Castex. *Über ein pflanzliches Labferment und seine Anwendung in der Diätetik des Säuglingsalters.* (A. d. städt. Krankenhaus Alvear zu Buenos Aires.) (Zeitschr f. Kinderheilk., Bd. V, S. 294.)

In Argentinien stößt die Verwendung tierischen Labfermentes auf Schwierigkeiten. Der Verf. half sich nun so, daß er die Milch durch Zusatz eines wäßrigen Extraktes der Blüte einer dort heimischen Pflanze — der Castilladistel, Cynara cardunculus — labte.

Birk (Kiel).

Hess. *The pancreatic ferments in infants.* (Die pankreatischen Fermente bei Säuglingen.) (Americ. Journ. Dis. Children, Oktober 1912.)

Verf. berichtet über eingehende Untersuchungen mittels des Duodenalkatheters; einige der Fälle betrafen Neugeborene noch vor dem ersten Stillen. Die Fermente sind schon bei der Geburt vorhanden und nehmen rasch zu; namentlich ist Amylolyse sehr früh gut entwickelt. Die Fermente fehlten auch bei schwerem Marasmus nicht, entgegen der herrschenden Meinung, dagegen fehlte Magensekret oft fast völlig bei denselben Kindern. Bei Pylorospasmus mit Hypersekretion des Magensaftes findet man regelmäßig Pankreashypersekretion infolge von Stimulierung der Bauchspeicheldrüse.

Wachenheim (New York).

A. F. Hess (New York). *Untersuchungen über Pylorospasmus und Pankreasfermente beim Säugling vermittels eines einfachen Duodenalkatheters.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 9, S. 412 bis 415.)

Bei Kindern bis zu 2 Jahren kann man leicht einen einfachen Nélatonkatheter durch den Magen ins Duodenum einführen, eventuell unter Kontrolle des Röntgenschirmes, und so Stenosen und Spasmen am Pylorus unterscheiden sowie auch Duodenalernährung ausführen. Mit dieser Methode kann man auch Pankreassekret direkt gewinnen und über das Verhalten der Fermente, z. B. beim ganz jungen Kind oder beim Atrophiker, Aufschluß bekommen. Mit

steriler Gelatinekapsel versehen dient der Katheter zur Entnahme von Dünndarminhalt zwecks bakterieller Untersuchung (Typhus).

E. Nagel-Hoffmann.

Heiman, Bookman and **Crohn.** *Studies in metabolism of amaurotic family idiocy.* (Stoffwechsel bei amaurotischer familiärer Idiotie.) (Americ. Journ. Dis. Children, Oktober 1912.)

Schon die gute Ernährung im Frühstadium beweist das Fehlen bedeutender Stoffwechselstörungen; damit stimmen die Laboratoriumsergebnisse der Verff. Über die Verhältnisse im Spätstadium kann bisher nicht bestimmter Aufschluß geliefert werden, dies Kapitel bedarf entschieden weiterer Forschung.

Wachenheim (New York).

Klinik der Kinderkrankheiten.

Gordon R. Ward. *A case of nodular leukaemia.* (Brit. Journ. of childr. dis., August 1912.)

Ein letal endender Fall (Kind von 2 Jahren) mit Leukozytose (Überwiegen von abnormen Leukozyten), großen Drüsenschwellungen im Nacken und kleinen Drüschen in der Kopfhaut. Mikroskopisch zeigten die Lymphdrüsen normale Struktur. Ausführliche Mitteilung des Sektionsbefundes. Eckhardt (Breslau).

Stein. *Banti's disease and allied conditions.* (Bantische Krankheit und verwandte Zustände.) (Americ. Journ. Med. Scienc., Dezember 1912.)

Eine vorzügliche Übersicht dieses Kapitels. Die Splenomegalie von Gaucher wird streng geschieden wegen ihres indifferenten Blutbildes und der günstigeren Prognose; auch die Anämien mit positiver Wassermannreaktion werden als der Lues zugehörig getrennt, doch gibt es zweifelhafte Fälle ohne Wassermann.

Wachenheim (New York).

A. Niemann. *Über Icterus simplex und seine Behandlung beim Kinde.* (Med. Klinik, Nr. 40.)

Der bisher als katarrhalisch oder infektiös bezeichnete Ikterus, für den Niemann den Namen „Icterus simplex" reserviert wissen will, wird gewöhnlich mit Verabreichung einer fettarmen Diät behandelt. Verf. räumt mit Recht mit dieser Therapie auf. Resorptionsversuche an 2 Kindern, die an Icterus catarrhalis erkrankt waren, bewiesen, daß die Fettausnutzung auf der Höhe der Krankheit völlig ausreichend war und daß Fettzufuhr auch klinisch eine Schädigung nicht mit sich brachte. Da die fettarme Ernährung die Kinder durch

unzureichende Kalorienzufuhr oft unnötig herunterbrachte und da sie den Verlauf der Krankheit weder abkürzte noch den Prozentsatz der rasch in Heilung übergehenden Fälle steigerte, so hält Niemann es für bewiesen, daß die bisher übliche fettarme Diät bei Icterus simplex ziemlich zwecklos ist. Steinitz (Breslau).

Vincent. *The treatment of hemorrhagic disease of the newborn.* (Behandlung der Hämophilie der Neugeborenen.) (Arch. of Ped., Dezember 1912.)

Verf. berichtet über 11 eigene Fälle nebst einigen früher mitgeteilten. Die Transfusion wird der Serotherapie vorgezogen, namentlich bei den schwereren Fällen; beide Methoden versagen bei verschiedenen Infektionen, namentlich bei Lues, bei Geschwüren im Verdauungskanale und bei an sich tödlichen Blutungen in gewissen Organen, z. B. Gehirn.

Wachenheim (New York).

Pitfield. *Hemophilia neonatorum in a family of 4 infants.* (Hämophilia neonatorum bei 4 Säuglingen einer Familie.) (Arch. of Ped., Oktober 1912.)

Es bestand keine Hämophilie in der Aszendenz: Lues nicht nachgewiesen. Eins der Kinder erlag, ein anderes zeigte Geistesdefekte infolge subduraler Blutungen, ein drittes genas spontan, das vierte wurde durch Serumeinspritzungen gerettet.

Wachenheim (New York).

M. Kassowitz (Wien). *Zur Pathogenese und Ätiologie der Rachitis.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 5.)

Kassowitz wendet sich gegen Ribberts Artikel aus Nr. 1, sieht die von diesem als degenerierte Knorpelzellen aufgefaßten Gebilde als eine Vorbereitung für die Umwandlung des Knorpelhöhleninhaltes in Mark- und Blutzellen an. Er sieht den histologischen Beweis für die irritative Natur der rachitischen Knorpel- und Knochenprozesse, für die er wie Ribbert eintritt, in der Gefäßvermehrung und gesteigerten Zellproliferation des erkrankten Gewebes und verficht Ribberts alimentärer Theorie gegenüber seine bekannte Anschauung von dem schädigenden Einfluß der respiratorischen Noxe. E. Nagel-Hoffmann.

W. Dibbelt. *Das Wesen der Rachitis.* (Berliner Klinik, herausgeg. von Dr. Rosen, 1912, XXIV. Jahrg., H. 289.)

Die Anschauungen des Verf. haben schon mehrfach an dieser Stelle eine deutliche, aber gerechte Ablehnung erfahren. Das hindert aber nicht, daß sie rezidivierend wieder auf dem Plan erscheinen — merkwürdigerweise niemals da, wo sie einem sachverständigen Leserkreis begegnen könnten, nämlich in pädiatrischen Zeitschriften.

Die Kinderkliniker würden es dem Verf. allerdings auch sehr übelnehmen, wenn er von ihnen behauptet, daß bezüglich des Kalkstoffwechsels bei Rachitis bisher „sehr wenige und unvollkommene

Untersuchungen" vorlagen, „so daß ein großer Teil der Kinderärzte geneigt war, den Kalkstoffwechselvorgängen eine sehr untergeordnete Stellung in der Pathologie der Rachitis einzuräumen".

Birk (Kiel).

Erich Aschenheim. *Über Beziehungen der Rachitis zu den hämatopoetischen Organen.* II. Mitteilung: *Das Blut bei Rachitis.* (A. d. Univ.-Klinik in Heidelberg.) (Deutsches Arch. f. klin. Med., Bd. CV, S. 470.)

Der erste Teil der Arbeit betrifft das Blut des gesunden Kindes. Neben die Zahlen von Carstanjen und Karnitzki stellt Verf. die Ergebnisse eigener Untersuchungen an gesunden respektive an rachitisfreien Kindern.

Die Befunde der Blutuntersuchung faßt der Verf. in folgender Weise zusammen: Bei Rachitis besteht stets eine meist leichte, selten schwere Anämie. Die Leukozyten zeigen eine geringe Vermehrung; ihr Mischungsverhältnis läßt fast stets ein Ansteigen aller einkernigen Formen erkennen. Myelozyten finden sich selten bei leichten, stets aber bei den schweren Formen; dasselbe gilt von den kernhaltigen Erythrozyten, welch letztere ganz enorm hohe Werte erreichen können.

Die Schwere der Blutveränderung geht mit der Schwere der Rachitis nicht parallel. Bei Rachitis findet sich ein lymphoides Mark, d. h. es finden sich vorwiegend ungranulierte Zellen. In schweren Fällen entwickelt sich im Anschluß hieran eine Reizungserythroblastose. A. Keller (Berlin).

L. Langstein. *Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der rachitischen und spasmophilen Veranlagung.* (A. d. Kais. Aug. Victoria-Haus, Charlottenburg.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. V, S. 260.)

Kasuistischer Beitrag, betrifft ein Zwillingspaar, Frühgeburten, das gleichzeitig an Rachitis und Spasmophilie litt. Birk (Kiel).

J. Lewy (Freiburg i. Br.). *Osteopsathyrosis idiopathica.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 40, S. 1875—1877.)

Mitteilung eines Falles mit schon intrauterinen Frakturen, häufigen Knochenbrüchen beim Gehenlernen und starken Verkrümmungen der unteren Extremitäten, bei dem nach einer Keilosteotomie an der Tibia noch 8 Wochen später bei vorsichtigen passiven Bewegungen Reinfraktion eintrat. E. Nagel-Hoffmann.

Thomas Guthrie. *The recurrence of adenoïds.* (Lancet, 20. April 1912.)

Wiederauftreten von adenoiden Wucherungen auch nach „totaler" Beseitigung kommt vor, nach Verf. vielleicht durch Nachwachsen mikroskopischer Reste. Mitteilung einer eigenen Beobachtung mit Rezidiv nach 18 Monaten. Abbildung der Präparate.

Eckhardt (Breslau).

A. E. Naish. *Infantilism with chronic interstitial nephritis.* (Brit. Journ. of childr. dis., August 1912.)

Zwei vom Verf. beobachtete Fälle von körperlichem und geistigem Infantilismus mit Polyurie. Die Patienten waren $9^1/_2$ und $16^1/_2$ Jahre alt. Bei der Sektion fanden sich extrem kleine Nieren mit starker Vermehrung des interstitiellen Gewebes. In beiden Fällen waren auf Rachitis beruhende Veränderungen nachweisbar.

Eckhardt (Breslau).

Boissonnas. *Behandlung der Thymushypertrophie.* (Soc. méd. de Genève.) (Rev. méd. de la Suisse rom., Nr. 1, Jan. 1913.)

Boissonnes zeigt 2 Kinder, die wegen Thymushypertrophie behandelt wurden, das eine durch Thymektomie, das andere durch Röntgentherapie. Beide Fälle sind geheilt. Die Erstickungsanfälle im zweiten Falle verschwanden mit dem Kleinerwerden des Thymusschattens, wie mit der Röntgenkontrolle festgestellt wurde. Die Thymektomie ist keine schwierige Operation und der Erfolg unmittelbar.

Max Reber (Basel).

R. Flachs. *Die Dentition.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 13, S. 604 bis 607.)

Als Störungen der Zahnung läßt Flachs gelten: Schmerzen, sekundäre Stomatitis, vermehrte Speichelabsonderung, nervöse Beeinflussung des Darmtraktus (Durchfälle!), Fieber, erhöhte Reizbarkeit der Haut. Therapie: Widerstandskräftigung (natürliche Ernährung!), frische Luft, frisches Wasser schluckweise.

E. Nagel-Hoffmann (Berlin).

W. Usener. *Über Luftschlucken, besonders beim Säugling.* (Ein Beitrag zur Ätiologie. A. d. städt. Säuglingsheim, Dresden.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. V, S. 440.)

Erörterungen über die verschiedenen Möglichkeiten, wie es bei Säuglingen zum Luftschlucken kommen kann. Birk (Kiel).

Freeman. *Serum treatment of Pneumonia.* (Serumbehandlung der Pneumonie.) (Amer. Journ. Dis. Childr., Dezember 1912.)

Die Erfolge sind ziemlich zweifelhaft, obgleich eine Herabsetzung der Leukozytose vielfach stattfindet. Eine Herabsetzung der Mortalität ist nicht konstatierbar. Zusatz von Streptokokkenserum zum Pneumokokkenserum ist nicht anzuraten.

Wachenheim (New York).

Stoll. *The diagnosis of enlarged bronchial glands.* (Diagnose der vergrößerten Bronchialdrüsen.) (Americ. Journ. Dis. Children, Dezember 1912.)

Schon mäßige Vergrößerung kann physikalisch diagnostiziert werden, nämlich durch leichte Perkussion im Intraskapularraume. Man findet ebenfalls daselbst bronchiale Flüsterstimme. Der klingende

Husten ist charakteristisch, fehlt aber in vielen Fällen. Schwäche, Nachmittagsfieber, Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust lassen eine tuberkulöse Natur des Leidens vermuten. Die Röntgenuntersuchung ist bei der Diagnose ein wertvolles Hilfsmittel.

Verf. liefert gute Abbildungen und namentlich Röntgenbilder.

Wachenheim (New York).

Murphi. *Helminthiasis in children.* (Wurmkrankheiten bei Kindern.) (Americ. Journ. Dis. Children, Dezember 1912.)

Die Untersuchungn des Verf. in Chicago ergaben das Infiziertsein von etwa 7% aller Kinder, ein unerwartet niedriger Satz, kaum der dritte Teil der von Schloß und Stiles erhaltenen Prozente. Symptome fehlten zumeist und Eosinophilie war durchaus nicht konstant.

Wachenheim (New York).

Hanns Pollitzer (Berlin). *Über die Natur und die Rolle des durch Essigsäure fällbaren Eiweißkörpers bei orthostatischen Albuminurien.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 11, S. 503 bis 504.)

Bei Zusatz von Serumverdünnungen zu eiweißfreien Urinen von Normalen, Nephritikern und Orthostatikern fand Pollitzer in letzterem eine viel stärkere Essigsäurefällbarkeit des zugesetzten Eiweiß als bei den beiden anderen. Er unterstützt damit Mörners Theorie. E. Nagel-Hoffmann (Berlin).

Hanns Pollitzer (Wien). *Chondroiturie und fakultative Albuminurie.* Deutsche med. Wochenschr., 1912, N. 33, S. 1538—1540.)

Die Chondroiturie ist das Anzeichen einer Nierenläsion, die in den meisten Fällen einer chronischen Tonsillitis mit ihren okkulten und manifesten Schäden ihre Entstehung verdankt. Sie ist verwerthar zur Diagnose einer solchen Nierenläsion, auch wenn Eiweißprufung und Mikroskop versagen. Im Blut fand sich außer bei Urämie niemals Chondroitsäure, sie entsteht wahrscheinlich aus lädierten Glomerulusepithelien. E. Nagel-Hoffmann.

A. v. Planta. (St. Moritz). *Die kindlichen Diathesen und das alpine Hochgebirge.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 23, S. 1096 bis 1097.)

Hochgebirgstouren wirken durch Erhöhung der unbewußten Arbeitsleistung, spezifisch blutbildende und resorbierende Eigenschaften der Klimareize und Hebung der organischen Widerstandskraft sehr günstig bei Skrofulose, Arthritismus und besonders exsudativer Diathese, wo neben den anderen Erscheinungen die Asthmaanfälle regelmäßig rasch verschwinden. Kurdauer mindestens 1 Jahr. E. Nagel-Hoffmann (Berlin).

Towle and **Talbot.** *Infantile eczema and indigestion.* (Ekzem und Verdauungsstörung bei Säuglingen.) (Americ. Journ. Dis. Children, Oktober 1912.)

Nach den Untersuchungen der Verff. können bloß die akuten Ekzeme mit Verdauungsstörungen in Zusammenhang gebracht werden. In diesen Fällen ist Fett- respektive Zuckerindigestion nicht selten nachweisbar; dagegen ist eine ähnliche Verdauungsstörung ohne Hauterscheinungen außerordentlich häufig; die Verbindung zwischen den beiden pathologischen Prozessen ist demnach sehr unbestimmt und bisher unerklärlich. Wachenheim (New York).

Theodor Veiel und **Fritz** (Kannstadt). *Die Therapie des Ekzems.*

Doutrelepont (Bonn). *Über Behandlung der Hauttuberkulose.*

K. Herxheimer und **K. Altmann** (Frankurt a. M.). *Die Behandlung der Krankheiten der behaarten Kopfhaut.* (Heft 5, 6, 7 des I. Bd. der Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Dermatologie, der Syphilidologie und der Krankheiten des Urogenitalapparates, herausgegeben von Prof. Jadassohn in Bern.) (Karl Marholds Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., 1912. Einzelpreis: M. 1.50.)

Die obigen 3 Hefte sind für die allgemeine ärztliche Praxis bestimmt und bringen in sehr ansprechender Form alles, was der praktische Arzt über das betreffende Krankheitsbild wissen muß. Namentlich die Abhandlung über die Therapie des Ekzems enthält vieles Wichtige und Wissenswerte und kann deshalb auch dem Kinderarzt angelegentlichst empfohlen werden. Birk (Kiel).

J. L. Bunch. *Skin rashes in children.* (Brit. med. Journ., 30. März. 1912.)

Außer den Exanthemen der akuten Infektionskrankheiten (ausführlich werden die echten Pocken behandelt) bespricht Bunch verschiedene Formen von Exanthemen, die im Anschlusse an die Schutzpockenimpfung auftreten können, und schließlich die Pityriasis rosea. Eckhardt.

P. Brooke Unwin and **Alfred Eddowes.** *Erythema and death following intestinal catarrh.* (Brit. med. Journ., 3. Febr. 1912.)

Kind von 2 Jahren, 6 Wochen lang an schwerem Darmkatarrh krank, bekam kurz ante mortem multiforme Erythemknoten an Kopf, Rumpf und Extremitäten, im wesentlichen wie Erythema nodosum aussehend. Bei der Sektion fanden sich eben solche Knoten an der dura mater. Eckhardt.

Frederic Thomson. *The differential diagnosis of certain infectious diseases.* (Lancet, 2. März 1912.)

Differentialdiagnostische Besprechungen: Scharlach - Röteln, Masern-Scharlach, Windpocken-echte Pocken.

Eckhardt (Breslau).

F. Klemperer und **H. Worta.** *Über Behandlungsversuche mit Salcarsan bei Scharlach.* (Therapie der Gegenwart, 1912, S. 198.)

Verff. haben in 39 mittelschweren, zum Teil schweren Fällen Salvarsan angewandt; am deutlichsten wurde die Temperatur beeinflußt. 1 bis 2 Stunden nach der Injektion sank die Temperatur um 1 bis 2°, auch noch tiefer; „sie stieg wohl im Laufe des nächsten Tages wieder an, doch selten zu der früheren Höhe und sank dann in den nächsten Tagen weiter lytisch ab; die Intensität des Fiebers aber schien mit einer, in besonders schweren Fällen mit 2 Injektionen an zwei aufeinander folgenden Tagen gebrochen". Das Fortschreiten des Exanthems wurde nicht beeinflußt, auch die Angina und die Drüsenschwellungen nahmen in einzelnen Fällen zu. Unter der Salvarsanbehandlung trat in der Mehrzahl der Fälle und „einige Male recht reichlich und anstrengend" Erbrechen und Durchfälle auf. Injiziert wurden im ersten Lebensjahr 0·1 g, im zweiten 0·2 g, bei älteren Kindern 0·3 g und bei Erwachsenen 0·5 g intravenös in 30 bis 50 cm³ Flüssigkeit für 0·1 g Salvarsan gelöst. Die Mortalität war gegenüber der früheren Periode, in der anscheinend sehr schwere Fälle vorkamen, bedeutend geringer, auch traten weniger häufig Komplikationen auf. Orgler (Berlin.)

George S. Banks. *Family susceptibility and virulence in scarlet fever.* (Lancet, 4. Mai 1912.)

Gelegentlich einer Scharlachepidemie in Aberdeen, die im allgemeinen mild auftrat, beobachtete Verf. in einer Familie von 6 Personen 5 Erkrankungen an Scharlach (Alter 18, 22, 26, 30 und 62 Jahre) mit 3 Todesfällen. Eckhardt (Breslau).

Baginski (Berlin). *Zur Infektionsdauer des Scharlachs.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 16, S. 746 bis 748.)

Es sind auch nach der 42. Woche Scharlachinfektionen an völlig abgeschuppten Kindern ohne Komplikationen erfolgt; auch gesunde Kinder scheinen das Virus manchmal zu verbreiten, beherbergen es wahrscheinlich im Nasopharynx. E. Nagel-Hoffmann (Berlin).

H. Aronson und **P. Sommerfeld** (Berlin). *Die Giftigkeit des Harns bei Masern und anderen Infektionskrankheiten.* (Deutsche. med. Wochenschr., 1912, Nr. 37, S. 1733—1735.)

Im Harn Masernkranker findet sich konstant ein hitzebeständiges, dialysables Gift, das bei intravenöser Injektion Meerschweinchen und Kaninchen unter Erscheinungen der Anaphylaxie akut tötet oder mindestens sehr schwer krank macht. Die Harngiftigkeit geht weder mit der Schwere der Erkrankung parallel noch mit dem Auftreten des Exanthems und der Diazoreaktion. Die Dauer der Giftausscheidung ist unregelmäßig. Harn von anderen Infektionskrankheiten (Typhus, Tuberkulose, Diphtherie, Pertussis, Scharlach) enthält kein Gift. Dagegen verhält sich der Urin bei

Serumexanthem und „Fourth Disease" wie bei Masern. Die intravenöse Harninjektion ist differentialdiagnostisch verwertbar.

E. Nagel-Hoffmann.

Arthur Edwin Tait. *A study of an epidemic of measles.* (Brit. med. Journ., 29. Juni 1912.)

Bericht über 437 Fälle einer schweren Masernepidemie. Die Gesamtmortalität betrug 5·03%. Nur 2 von den Todesfällen erfolgten nach Ende Juni; diese beiden betrafen das 2. Lebensjahr, das auch im ganzen an der Mortalität am meisten beteiligt ist (14·08% der in diesem Alter Erkrankten starben). Die Mortalitätsziffer ist deutlich abhängig von Lungenkomplikationen (die durch Pneumokokkeninfektion entstanden); Ende Juni gingen diese Komplikationen deutlich zurück und damit auch die Mortalität. Mittelohrerkrankungen waren sehr häufig. Diarrhöen traten in 10% der Fälle auf. Ein in den ersten 48 Stunden ad exitum gekommener Fall stellte sich bei der Sektion als Pneumokokkensepsis heraus; überlebten Kinder mit ähnlichen Symptomen die ersten Tage, so wurden sie gesund. Epistaxis trat in 10% der Fälle auf. Kopliks waren selten.

Die Behandlung bestand u. a. in reichlicher und häufiger Applikation von nahezu gesättigter Boraxlösung in Mund, Augen und Nase.

Eckhardt.

Lorey. *Neue Gesichtspunkte zur Behandlung der Diphtherie, des Scharlachs und von eitrigen Prozessen.* (Med. Klinik, Nr. 26.)

Da bei der in Hamburg herrschenden Diphtherieepidemie die subkutane Injektion des Diphtherieserums zuweilen im Stiche ließ, ging Lorey, einer Anregung Behrings folgend, dazu über, Diphtherieserum lokal anzuwenden. Er benutzte dasselbe in einer Verdünnung von 1 : 29 Kochsalzlösung als Spray für den Rachen und Kehlkopf oder als Tampon für die Nase und war von dem eklatanten Erfolge überrascht. Die Membranen stießen sich auffallend rasch ab, das Allgemeinbefinden besserte sich. Daß diese Therapie gar nicht oder nur teilweise spezifisch ist, bewiesen die weiteren Erfolge derselben bei Scharlachanginen und sonstigen eitrigen Prozessen, namentlich Abszessen. Hier war es das frische Pferdeserum, das die Heilung intensiv förderte. Bei periglandulären Abszessen bei Scharlach, die mit einer brettharten Schwellung des Gewebes einhergehen, wurde nach breiter Inzision Pferdeserum in die Abszeßhöhle gegossen und diese mit einem mit Serum getränkten Gazestreifen tamponiert. Die bakterizide Kraft des Serums erwies sich dabei als erstaunlich. Das einzig Schädliche war das gelegentliche Auftreten eines Serumexanthems.

Steinitz (Breslau).

J. Michiels (Löwen) und **B. Schick.** *Die Intrakutanreaktion des Menschen auf Diphtherietoxininjektion als Ausdruck des Schutzkörpergehaltes seines Serums.* (A. d. Kinderklinik in Wien.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. V, S. 255.)

Der Ausfall der intrakutanen Reaktion auf Injektion von Diphtherietoxin (0·1 einer Verdünnung von 1 : 1000) ist vom Schutzkörper-

gehalte des Serums abhängig. Der positive oder negative Ausfall der Reakton erlaubt einen entsprechenden Rückschluß auf den Immunitätszustand des Organismus. In dieser Feststellung liegt ein Fortschritt, weil man nunmehr — ohne den Umweg über das Tierexperiment — am menschlichen Körper direkt entscheiden kann, ob ein Mensch Schutzkörper gegen Diphtherietoxin besitzt oder nicht.

Birk (Kiel).

Michiels und **Schick.** *Über die Wertbestimmung des Schutzkörpergehaltes menschlichen Serums durch intrakutane Injektion von Diphtherietoxin beim Menschen.* (A. d. Kinderklinik in Wien.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. V, S. 349.)

Durch Prüfung der reaktionslos vertragenen Toxinmengen — indem man von der größeren Verdünnung allmählich zu stärkern Konzentrationen übergeht und die Toxinmenge so lange steigert, bis eine Reaktion entsteht, welch letztere in einer nach 24 Stunden nach der Injektion nachweisbaren Rötung und Infiltration besteht — kann man den ungefähren Gehalt des Serums an Schutzkörpern gegen Diphtherietoxin am Menschen selbst bestimmen.

Birk (Kiel).

J. E. Müller. *Seltene durch den Diphtheriebazillus hervorgerufene Erkrankungen.* (Deustches Arch. f. klin. Med., Bd. CIX, 1913, 5/6. H.)

3 Fälle, veröffentlicht aus dem pathologischen Institute der städtischen Krankenanstalten in Dortmund. In den beiden ersten Fällen handelt es sich um ein Geschwisterpaar, das in kurzer Folge von Hautgeschwüren befallen wurde, welche allen Behandlungsversuchen trotzten. Es wurde eine diphtherische Entzündung der Rachenorgane festgestellt und durch Abimpfung des Geschwürgrundes auch dies als diphtherisch erwiesen. Die Sektion bestätigte den Befund.

Im dritten Falle, in welchem klinisch das gehäufte Auftreten von Durchfällen bei Rachendiphtherie aufgefallen war, wurde bei der Sektion makroskopisch eine gleichmäßige Auflagerung von grauweißlichen Knötchen im Bereiche des gesamten Dickdarmes und mikroskopisch die diphtherische Natur der Auflagerung nachgewiesen.

Keller.

E. Feer (Zürich). *Die Behandlung der Diphtherie.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 14, S. 631 bis 637.)

Klinischer Vortrag. Feer injiziert bei kräftigen Kindern über 6 Jahre in leichten Fällen, die am zweiten Tag keine Ausbreitung der Membranen zeigen, überhaupt nicht, prophylaktisch nur bei Indikation (d. h. nicht bei gut überwachten Kindern jenseits des ersten Jahres). Er gibt Dosen bis 4000, höchstens 5000 I. E. und empfiehlt intramuskuläre, in schweren Fällen intravenöse Injektion. Auch bei postdiphtherischen Lähmungen gibt er Serumeinspritzungen.

E. Nagel-Hoffmann (Berlin).

B. Hahn (Marburg). *Über Diphtheriedurchseuchung und Diphtherieimmunität.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 29, S. 1366 bis 1369.)

Hahn hat mit Römers Intrakutanmethode das Serum einer Reihe von Personen ohne Diphtherieanamnese untersucht und gefunden, daß der bei der Geburt vorhandene Antikörpergehalt in ersten Lebensjahre schwindet, bis zum 40. Jahre steigend sich stärkerer Antitoxingehalt findet, der im späteren Alter wieder absinkt. Als Grund für das häufige Auftreten von Immunkörpern nimmt er das Überstehen larvierter Infektionen an. Die Dauer der Immunität nach überstandener Krankheit ist sehr verschieden (wenige Monate bis 5 Jahre); klinisch leichte und larvierte Erkrankunkungen gehen mit weit stärkerer Antitoxinbildung einher, als die schweren. Er empfiehlt die Methode zur Unterstützung der Diagnose auch bei Fällen ohne Bazillenbefund und zur Erkennung postdiphtherischer Lähmungen. E. Nagel-Hoffmann (Berlin).

W. Braun (Berlin). *Die Bedeutung und Durchführbarkeit von Prophylaxe und Frühbehandlung der Diphtherie.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 6, S. 255—259.)

An der Hand größerer Zahlenreihen zeigt Braun die Wichtigkeit frühzeitiger Seruminjektionen und fordert auch prophylaktische Einspritzung. 1550 bis 3000 I. E. genügen im Anfang immer, später haben auch die hohen Dosen keinen Zweck. Er verlangt den Diphtheriestationen und Unfallstationen angegliederte Schutzstellen und feste einheitliche Organisation der Ärzte zur Durchführung der Frühbehandlung, der prophylaktischen Serumbehandlung, der Isolierung der Bazillenträger und der Wohnungsdesinfektionen. So ließe sich die Diphtheriebekämpfung auch für Berlin mit geringen Mehrkosten durchführen. E. Nagel-Hoffmann.

Chr. Schöne (Greifswald). *Über den Nachweis von Diphtherie-Antitoxin im Blutserum der damit behandelten Kranken und über die Frage der Dosierung des Heilserums.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 8, S. 356—358.)

Entsprechend bekannten Erfahrungen im Tierversuch, ist auch bei den mit Heilserum intravenös behandelten Menschen die größte Menge des zugeführten Antitoxins noch längere Zeit im Blut nachweisbar. Im Meerschweinchenversuch reichen im größten Teil der zu Heilungsversuchen zur Verfügung stehenden Zeit recht geringe Serummengen aus, am Ende dieser Periode gibt es aber einen kurzen Zeitabschnitt, in dem nur die größten Dosen wirken. Man kann also wohl auch beim Menschen für gewisse Zeitabschnitte die Heilwirkung nur größter Serummengen annehmen. E. Nagel-Hofffmann.

H. Conradi und **Bierast** (Halle). *Über Absonderung von Diphtheriekeimen durch den Harn.* Ein Beitrag zur Verbreitungsweise der Diphtherie. (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 34, S. 1580 bis 1582.)

Bei etwa $^1/_3$ von 155 untersuchten Diphtheriekranken wurden Diphtheriebazillen im Urin gefunden, gleicherweise im eiweißfreien wie im eiweißhaltigen, bis zur 9. Woche nach der Infektion. Die Diphtherie zeigt sich damit als allgemeine mit temporärer Bazillämie einhergehende Krankheit. E. Nagel-Hoffmann.

E. F. Coghlan. *The management of cardiac failure in diphtheria.* (Brit. med. Journ., 9. März. 1912.)

Diagnostisches und Therapeutisches über Herzkomplikationen bei Diphtherie. Eckhardt.

Fr. Bering. *Über die Spätformen der Erbsyphilis.* (Therapie der Gegenwart, 1912, S. 545.)

Aus dem klinischen Teil sei die Beobachtung hervorgehoben, daß einige Male Frauen, die zur Zeit der Gravidität positiven Wassermann zeigten, einige Zeit nach Geburt eines luetischen Kindes eine negative Reaktion gaben. Therapeutisch warnt Verf. vor der einmaligen intravenösen Injektion großer Dosen Salvarsan und empfiehlt im Laufe von 3 bis 4 Wochen jeden dritten bis vierten Tag 0·1 bis 0·2 Salvarsan, Kindern entsprechend weniger, zu injizieren. Daran anschließend Kalomelkur; chronisch intermittierend muß die Behandlung viel länger ausgedehnt werden als bei erworbener Syphilis. Orgler (Berlin).

E. Dünzelmann. *Erfahrungen mit Salvarsan und Neosalvarsan bei Lues congenita.* (A. d. Kinderkrankenhaus in Leipzig, Prof. Soltmann.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. V, S. 512.)

Bericht über 40 Fälle von kongenitaler Lues. Aus dem Inhalt erscheint nur einiges bemerkenswert, da wir selber ähnliches bisher nicht beobachteten und auch andere Autoren nichts davon berichtet haben. So gibt der Autor z. B. an, daß einzelne Kinder — fast alle — nach den Salvarsaninjektionen eine auffallende Appetitlosigkeit, Unlust, Schläfrigkeit und Mattigkeit zeigten, auch mit schleimigen Stühlen reagierten. Er beobachtete ferner, daß, wenn an sich schon fiebernde Kinder mit Salvarsan injiziert wurden, die Temperatur nach der Injektion besonders stark anstieg. Von nervösen Erscheinungen trat bisweilen eine auffallende Schreckkaftigkeit und Überempfindlichkeit auf Licht und Gehörreize und starke Rötung des Gesichtes auf. Einmal wurde ein Nystagmus, 3mal Krämpfe und Erbrechen blutiger Massen beobachtet, 2mal trat starker Ikterus auf.

Sehr bemerkenswert ist das Urteil des Verf. über den Erfolg der Salvarsantherapie: er meint, daß dieselbe allein das Ziel der Heilung nicht erreicht, daß aber die Kombination von Salvarsan mit Quecksilber mehr leistet als letzteres allein.

12 Kinder konnten späterhin auf Wassermannsche Reaktion untersucht werden, bei 6 davon fiel die Reaktion auch stark positiv aus. Birk (Kiel).

R. Hahn (Berlin). *Über hämorrhagische Nephritis bei hereditärer Lues.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 16, S. 759 bis 761.)

3 Fälle in der ersten und zweiten Lebenswoche, davon 2 mit zahlreichen Manifestationen der Lues, auch der dritte sehr wahrscheinlich spezifisch. Im Urin als Besonderheit zahlreiche Wachszylinder und verfettete Epithelien.

E. Nagel-Hoffmann (Berlin).

E. Andronescu (Bukarest). *Die Anwendung des Salvarsans bei hereditärer Lues.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 16, S. 761 bis 762.)

Bericht über 3 indirekt und 6 direkt mit Salvarsan (0·02 bis 0·1) behandelte Fälle. Keine Salvarsanschädigung, glänzender Erfolg.

E. Nagel-Hoffmann (Berlin).

G. Castelli (Frankfurt a. M.). *Über Neosalvarsan. Lokalbehandlung der generalisierten Syphilis und generalisierten Frambösie bei Kaninchen.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 32, S. 1487 bis 1489.)

Neosalvarsan, in 2·5% Verdünnung in den Konjunktivalsack von Kaninchen eingeträufelt, ruft weder allgemeine noch lokale Reizerscheinungen hervor, übt aber eine heilende Wirkung auf experimentelle Keratitis syphilitica aus, wirkt bei Keratitis bilateralis auch auf die Affektion des andern Auges und in Fällen von generalisierter Syphilis und generalisierter Frambösie auf die fernstehenden Erscheinungen. E. Nagel-Hoffmann.

H. R. Dean. *Idiocy and congenital syphilis.* (Brit. Journ. of child. dis., Sept. 1912.)

Die Literaturangaben über die Prozentzahl von Idioten, bei denen die Wassermannsche Reaktion positiv ausfällt, sind nach Verf. deshalb so widersprechend, weil die Untersuchten sich auf sehr verschiedenen Altersstufen befanden. In je früherem Alter man die Prüfung vornimmt, desto häufiger erhält man positive Resultate; bis zu 21% schon, wenn ein Alter von 10 Jahren die obere Grenze darstellt. Bei späteren Altersstufen sinkt die Zahl der positiv Reagierenden rasch ab. In den bisher wenig zahlreichen Fällen, in denen auch bei den Eltern die Reaktion angestellt wurde, waren zahlreiche positive Fälle. Verf. glaubte deshalb, daß die Syphilis in der Ätiologie der Idiotie eine große Rolle spielt. Eckhardt.

G. Liebermeister. *Über „sekundäre Tuberkulose".* (Med. Klinik, Nr. 25.)

In bemerkenswerten Ausführungen behandelt Verf. die Frage, ob sich bei nicht an aktiver Tuberkulose leidenden „sekundär" Tuberkulösen Bazillen im Blute nachweisen lassen. Nachdem er in 6 Fällen durch den Tierversuch ein positives Resultat erzielt hatte, ging er,

da sich das Meerschweinchen als zu wenig empfindlich erwies, dazu über, die Bazillen mittels der Antiforminmethode im Blute direkt nachzuweisen. Es fanden sich bei über 70 Menschen im Blute säurefeste Stäbchen, unter anderen bei 4 Fällen von Skrofulose, 5 Fällen von Kinderatrophie, 4 Fällen von abgeheilter Skrofulose und 37 Fällen von rheumatischen Erkrankungen. Das jüngste untersuchte Kind, bei dem im Blute säurefeste Bazillen auftraten, war 14 Tage alt. Die Pirquetsche Reaktion war in diesem Falle negativ, die subkutane Injektion von $^1/_{100}$ mg Tuberkulin löste hingegen eine starke Fieberreaktion aus. Vielleicht handelt es sich nach der Meinung des Verf. um kongenitale Tukerkulose, deren Vorkommen durch systematische Nabelschnurblutuntersuchungen festgestellt werden könnte. Die praktische Bedeutung des Nachweises von Bazillen im Blute hält Verf. für nicht groß. Vielleicht sind die Bazillen für ihren Träger harmlos, weil er gegen sie relativ immun ist.

Steinitz (Breslau).

Sheridan Delépine. *A probable effect of control of milksupply upon infantile mortality from tuberculosis.* (Lancet, 25. Mai 1912.)

Ausgehend von der Voraussetzung, daß ein Teil der Tuberkulose des Kindesalters durch tuberkelbazillenhaltige Milch verursacht sei, hat Verf. vom Jahre 1896 an eine sorgfältige Überwachung der Milchversorgung von Manchester in die Wege geleitet (Prüfung von Milchproben durch Verimpfung und tierärztliche Kontrolle der verdächtigen Ställe). In der Folgezeit zeigte sich ein deutlicher Rückgang der Todesfälle an Tuberkulose (mit Ausnahme der Lungenphthise), und zwar besonders bei Kindern unter 1 Jahr; aber auch für Kinder unter 5 Jahren war der Rückgang noch deutlich. Es werden Zeiträume von 5 Jahren miteinander verglichen.

Eckhardt (Breslau).

M. Zarfl. *Zur Kenntnis des primären tuberkulösen Lungenherdes.* (A. d. niederösterr. Landeszentralkinderheim u. d. pathol. anat. Institut in Wien.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. V, S. 303.)

Ein neugeborenes Kind, von phthisischer Mutter geboren und in den ersten Lebenstagen von tuberkulösen Kranken gepflegt, ging — 25 Tage alt — an einer Kapillärbronchitis zugrunde. Bei der Sektion wurde im normalen Lungengewebe „ein hanfkorngroßer, subpleuraler, gelblich grauer Herd an der Vorderfläche des linken Oberlappens, auf der Schnittfläche vorspringend und vollständig luftleer" gefunden. Bei der mikroskopischen Untersuchung ergab sich, daß es sich um eine umschriebene fibrinöse Pneumonie handelte und daß die Exsudatmassen in den Alveolen allenthalben reichlich von Tuberkelbazillen durchsetzt waren. Nirgendwo im Körper, auch nicht in den regionären Lymphknoten der Lunge, wurden sonst noch tuberkulöse Veränderungen gefunden. Da es sich somit um eine angeborene Tuberkulose nicht handeln konnte, nimmt

der Verf. an, daß es sich um eine — aërogen — erworbene handelt, eine Annahme, zu der auch das Alter des Lungenherdes paßt.

„Der mitgeteilte Fall stützt demnach die Lehre von der aërogenen Entstehung der Tuberkulose beim Neugeborenen und widerspricht in keinem Punkte den für den sogenannten primären Lungenherd beim Kind erhobenen Befunden. Er zeigt ferner, daß die regionären Lymphknoten keineswegs gleichzeitig erkranken müssen, daß der primäre Lungenherd in der Entwicklung schon fortgeschritten sein kann, ohne daß die zugehörigen Lymphknoten sichtbar ergriffen sind". Birk (Kiel).

Hoobler. *Effects of cold air on blood-pressures of children and young adults in various stages of tuberculosis.* (Einfluß der kalten Luft auf den Blutdruck bei Tuberkulose.) (Americ. Journ. Dis. Children, November 1912.)

Der bei Tuberkulose meist niedrige Blutdruck steigt in der Kälte innerhalb 1 bis 2 Stunden und wird bei längerem Aufenthalte annähernd normal. Wird die Behandlung fortgesetzt, so sinkt bei Rückkehr ins warme Zimmer der Blutdruck nicht mehr auf die frühere Tiefe, so daß ein mehr weniger permanenter Erfolg erreicht worden ist. Wachenheim (New York).

H. Koch. *Entstehungsbedingungen der Meningitis tuberculosa.* (A. d. Kinderklinik in Wien.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. V, S. 355.)

Das Material für diese Arbeit gaben 362 Fälle von Meningitis tuberculosa ab, die in den Jahren 1903 bis 1911 auf der Wiener Kinderklinik beziehungsweise im St. Anna-Kinderspital zur Beobachtung kamen. Die Ergebnisse sind nach vielen Richtungen hin interessant: die Registrierung der Erkrankungen nach den Kalendermonaten ließ einen deutlichen Einfluß der Jahreszeit erkennen: vom Januar an beginnt ein kontinuierliches Steigen der Häufigkeit, die im April ihren Höhepunkt erreicht und dann langsam absinkt, so daß 62% der Todesfälle auf die Monate Januar bis Juni und nur 38% auf die letzten 6 Monate des Jahres entfallen.

Das Lebensalter zeigt einen enormen disponierenden Einfluß der ersten Kindheit: 68% aller Fälle betrafen die ersten 4 Lebensjahre, während in den letzten 4 Kindheitsjahren nur 3·7% beobachtet wurden. Ihren Höhepunkt erreicht die Sterblichkeitskurve in 2. Lebensjahre, von da ab fällt sie steil ab, was offenbar mit der von Jahr zu Jahr wachsenden Widerstandskraft zusammenhängt.

Hereditär beziehungsweise Infektion von seiten manifest tuberkulöser Eltern konnte nur in 23% der Fälle anamnestisch erhoben werden. Eine deutliche familiäre Disposition ließ sich nicht feststellen; auch ein Unterschied der Geschlechter war nicht nachweisbar.

Die Ernährung mit Frauenmilch gewährt keinen Schutz vor der Meningitis; unter den Fällen der 3 ersten Lebensjahre fanden sich 82% Brustkinder und 18% künstlich genährte.

Hinsichtlich des Zusammenhanges der Meningitis mit anderen Infektionskrankheiten konnte der Verf. die bereits von Pott festgestellten Tatsachen bestätigen: eine auffallend große Anzahl der Kinder hatte ein Jahr vor der Meningitis Masern durchgemacht, nämlich 129 von 305, davon 21 in den letzten 4 Monaten vor Ausbruch der Erkrankung. Ferner hatten 36 an Pertussis gelitten. Die übrigen Infektionskrankheiten boten keine Beziehungen zur Meningitis.

Sonstige tuberkulöse Erkrankungen waren der Meningitis in 19 Fällen vorangegangen (tuberkulöse Karies, „Skrofulose", Pleuritis, Tuberkulide.) In 13 Fällen wurde ein Trauma als auslösende Ursache der Meningitis angegeben.

Die Obduktion der Kinder wurde in allen Fällen von Prof. Ghon vorgenommen, der den tuberkulösen Veränderungen besondere Aufmerksamkeit zuwendete. In fast allen Fällen wurde ein primärer tuberkulöser Herd in der Lunge mit den entsprechenden Lymphdrüsenänderungen gefunden. In 162 Fällen davon fanden sich außerdem noch andere chronische, aber aktive Prozesse in den Organen. Aber in keinem Falle wurde ein primärer sicherer Herd im Darm festgestellt.

Nur 2 Fälle zeigten keine aktiven tuberkulösen Herde, sondern bloß verkalkte oder verkreidete Stellen in der Lunge oder in den Lymphdrüsen. Im allgemeinen also kommt es nicht mehr zur Meningitis, wenn die tuberkulösen Veränderungen bereits in das Stadium der Verkreidung übergegangen sind. Birk (Kiel).

Hochstetter (Stuttgart). *Über die Heilbarkeit der tuberkulösen Hirnhautentzündung.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 12, S. 554.)

Eine schwere, mit langdauernden Bewußtseinsstörungen und Lähmungen verlaufende Meningitis, bei der Tuberkelbazillen im Lumbalpunktat mikroskopisch nachgewiesen werden konnten (geimpfte Meerschweinchen blieben gesund), heilte unter wiederholten Lumbalpunktationen und protrahierten Bädern völlig aus.

E. Nagel-Hoffmann (Berlin).

J. F. Rosenbach (Göttingen). *Erfahrungen über die Anwendung des Tuberkulin Rosenbach bei chirurgischen Tuberkulosen.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 12 u. 13, S. 539 bis 543 u. 589 bis 595.)

Nach einer Beschreibung seiner Methode berichtet Rosenbach über 48 durch sein Tuberkulin günstig beeinflußte Fälle von chirurgischer Tuberkulose. Von 16 mit lokalen Injektionen behandelten Gelenktuberkulosen heilten 9 ohne, 7 mit eitriger Entzündung und Resektion, bei 6 Wirbeltuberkulosen erzielte er Dauerheilung oder wenigstens Besserung, ebenso wurden Sehnenscheiden- und Drüsentuberkulosen sowie Rezidive nach Operationen, sogar eine Bauchfell- und eine Darmtuberkulose sehr günstig

beeinflußt. Bei Lupus schließt er an lokale Injektionskuren Ausschabung und Thermokaustik und berichtet auch hier über sehr gute Resultate. E. Nagel-Hoffmann (Berlin).

A. Bier (Berlin). *Über eine wesentliche Verbesserung der Behandlung chirurgischer Tuberkulose mit Stauungshyperämie.* (Deutsch med. Wochenschr., 1912, Nr. 24, S. 1121 bis 1122.)

Innerlich verabreichte Jodsalze schützen gegen kalten Abszeß und gestatten, die Staubinde täglich 3mal 4 Stunden anzulegen. In 18 Fällen dieser kombinierten Behandlung trat kein einziger kalter Abszeß auf, Granulationswucherungen verschwanden, der Heilerfolg war bis auf einen sehr gut. Erwachsene erhielten bis 3 g Jodkalium pro die. E. Nagel-Hoffmann (Berlin).

Citron (Berlin). *Über die Resistenzerhöhung gegen Tuberkulose nach dem heutigen Stand der Immunitätsforschung.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 20, S. 937 bis 940.)

Die aktive Immunisierung von gesunden Individuen gegen Tuberkulose ist bisher nicht einwandfrei gelungen. Die natürliche Resistenz ist sehr groß, die Mehrzahl der mit Bazillen infizierten Menschen erkrankt nicht klinisch an Tuberkulose. Die Behandlung tuberkulös, auch latent erkrankter Organismen mit Tuberkulin besonders Neutuberkulin B E, führt zu starker Antikörperproduktion und Steigerung der Resistenz gegen tuberkulöse Infektion. Zum Zwecke der Resistenzerhöhung muß bei Kindern, besonders solchen aus tuberkulösen Familien, eine Behandlung mit Neutuberkulin zu dem Zeitpunkt begonnen werden, wo bei völliger klinischer Gesundheit die Pirquetsche Reaktion zuerst positiv wird. Langjährige Beobachtungen müssen erweisen, ob die Prozentzahl der später an manifester Tuberkulose Erkrankenden bei den in der Kindheit prophylaktisch Behandelten wesentlich geringer ist.

E. Nagel-Hoffmann (Berlin).

H. Iselin (Basel). *Entgiftung des tuberkulösen Herdes durch Röntgenbestrahlung.* (Deutche med. Wochenschr., 1913, Nr. 7/8, S. 297 bis 300 und 349—351.)

Nach Bestrahlung des tuberkulösen Herdes (Drüsen oder Gelenke) mit Röntgenstrahlen vermehrt der Körper in 70 bis 80% der Fälle sein Gewicht in der Röntgenreaktionszeit. Diese durch Wasseraufnahme bedingte Zunahme ist ebenso wie die baldige Abschwellung des kranken Gliedes als eine teilweise Entgiftung des Herdes aufzufassen. Der weitere dauernde Gewichtsanstieg und die lokale Besserung sind ein Ausdruck der heilenden Wirkung der fortgesetzten intensiven Röntgenbestrahlung. Der Röntgenbehandlung dieser Fälle stehen also 2 Wege offen: der Versuch der Entgiftung und Resorptionsförderung durch wiederholte schwache Be-

lichtung bei leichten Fällen, bei schweren das Bestreben, durch energische Tiefenbestrahlung eine Gefäßschädigung im tuberkulösen Gewebe hervorzurufen und damit Schrumpfung und Abkapselung des Herdes zu fördern. E. Nagel-Hoffmann.

Machard. *Traitement des cavités tuberculeuses osteo-articulaires par le procédé de Mosetig.* (Mitt. in d. schweiz. Ges. f. Päd.) (Rev. méd. de la Suisse rom., Nr. 12, Dez. 1912.)

Machard kommt durch seine Erfahrungen zum Schluß, daß die Mosetigsche Plombage dann Anwendung finden soll, wenn eine zweckmäßige, konservative Behandlung zu keinem günstigen Resultat geführt hat. Für die Mosetigsche Therapie passen auch Knochentuberkulosen, welche trotz sorgfältiger Pflege und ohne nachweisbaren Grund sich verschlimmern. Eiterungen können dadurch günstig beeinflußt werden. Nach partiellen Resektionen wirkt die Plombe als guter hämostatischer und desinfizierender Tampon. Die Verbandwechsel nach Auskratzungen mit folgender Plombage sind weniger schmerzhaft. Die Heilung erfolgt rasch. Jodintoxikationen wurden keine beobachtet. Max Reber (Basel).

Royal Commission on tuberculosis. *Tubercle bacilli and milk.* (Brit. med. Journ., 24. Febr. 1912.)

Die Kommission hat u. a. experimentell festgestellt, daß auch bei Nichtvorhandensein von Eutertuberkulose Tuberkelbazillen in der Milch vorhanden sein können, wenn sie im Blute kreisen. In einer weiteren Versuchsreihe wurde eine Anzahl von unbefruchteten Kühen mit Tuberkelbazillen infiziert und nach 91 bis 127 Tagen getötet. Die bis dahin gut gediehenen Tiere zeigten dann Tuberkulose an der Injektionsstelle und in den regionären Drüsen; vor allem aber fanden sich bei allen 11 Tieren Tuberkelbazillen im Eutergewebe, bei 4 sogar in so großer Zahl, daß sie sich wahrscheinlich vermehrt hatten; allerdings ohne anatomische Veränderungen gesetzt zu haben. Eckhardt.

Solon Veras (Smyrna). *Herpes zoster by contagion.* (Brit. Journ. of childr. dis., August 1912.)

Verf. beobachtete (in Smyrna) einen Fall von Herpes zoster bei einem 6 Jahre alten Mädchen; 6 Tage später erkrankte eine 3jährige Schwester des Kindes mit denselben Symptomen. Eine andere Schwester von 9 Jahren und 2 junge Damen in demselben Haushalte blieben gesund. Eckhardt (Breslau).

Ruhräh. *A brief report of an epidemic of sore throat with involvement of the cervical lymph-nodes.* (Anginaepidemie mit Zervikaladenitis.) (Americ. Journ. Dis. Childr., November 1912.)

Nach der Erfahrung des Verf. und anderer sind Epidemien des erwähnten Typus häufig auf infizierte Milch zurückzuführen. Der

betreffende Keim ist ein Streptokokkus, der der Kälte gegenüber sehr resistent ist, daher gelegentliche Winterausbrüche der Krankheit. Man findet hier ein weiteres Argument zur Pasteurisierung aller Milch. Wachenheim (New York).

J. Ross Mackenzie. *The paths of rheumatic infection and their protection in children.* (Brit. med. Journ., 1. Juni 1912.)

Mackenzie zieht als Eintrittspforten für rheumatische Erkrankungen Nasenrachenraum, Lungenschleimhaut und Darmtraktus in Betracht und rät deshalb sorgfältige Behandlung auch der geringfügigsten krankhaften Erscheinungen an den genannten Organen. Eckhardt.

E. Farquar Buzzard. *Acute poliomyelitis and allied conditions.* (Lancet, 6. April 1912.)

Ausführliche Besprechung der Symptome und des Krankheitsverlaufes bei Poliomyelitis acuta. Differentialdiagnostische Erörterungen. Eckhardt (Breslau).

E. Klose (Zwickau-Marienthal). *Erfolge der orthopädischen Behandlung der spinalen Kinderlähmung.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 13, S. 607 bis 609.)

Bei armen Kindern, wo die komplizierte Nachbehandlung der Sehnenverpflanzung nicht durchzuführen ist, gibt die Gelenksversteifung gute Resultate, besonders am Kniegelenk. Sie ist frühestens 1 Jahr nach Ablauf der Erkrankung auszuführen.

E. Nagel-Hoffmann (Berlin).

O. Vulpius (Heidelberg). *Über die Sehnenüberpflanzung in der Behandlung der spinalen Kinderlähmung, ihre Indikation, Technik und Resultate.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 36, S. 1679 bis 1681.)

Vulpius führt die Transplantation frühestens 1 Jahr nach der Erkrankung aus, bei fixierter Deformität in einer Sitzung mit dem modellierenden Redressement. Bei Schlottergelenken der Schulter und der Hüfte zieht er Arthrodesen vor, in der Praxis pauperum auch am Fußgelenk wegen der mühevollen Nachbehandlung. Er empfiehlt, schon nach 1 Woche mit Bewegungen zu beginnen. Ausführliche Beschreibung der Technik. E. Nagel-Hoffmann.

M. Neustädter und **William C. Thro.** *Experimentelle Poliomyelitis acuta.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 15, S. 693 bis 695.)

Durch Injektion eines Filtrates von Staub aus einem Poliomyelitiskrankenzimmer ins Gehirn und Rückenmark konnte die Krankheit auf Affen übertragen werden. Diese bekamen Lähmungen

und zeigten bei der Sektion Hyperämie der Lumbal- und Dorsalmeningen und Ödem der ganzen Achse, keine Meningitis. Ein mit Gehirn- und Rückenmarksemulsion des kranken Tieres geimpfter Affe zeigte die gleichen Krankheitserscheinungen, dagegen blieben die mit poliomyelitisfreiem Kehrichtextrakt geimpften Tiere gesund.

E. Nagel-Hoffmann (Berlin).

L. S. Tomkys. *Acute anterior polio-encephalo-myelitis in South-Staffordshire.* (Brit. med. Journ., 27. Jan. 1912.)

7 Fälle von Poliomyelitis acuta in einem kleinen Orte, bei denen trotz sorgfältigster Nachforschung weder eine gemeinsame Infektionsquelle noch eine Übertragung von einem Kinde aufs andere nachgewiesen werden konnte. Eckhardt.

G. F. Cross. *Acute anterior poliomyelitis in South-West-Norfolk.* (Brit. med. Journ., 30. März. 1912.)

Beobachtungen an 10 Fällen von Poliomyelitis acuta (mit 2 Todesfällen) führen Cross zu dem Schlusse, daß direkte Übertragung von Kind auf Kind oder wenigstens Übertragung durch (erwachsene) „Bazillenträger" stattgefunden hat. Mitteilung der Krankengeschichten. Eckhardt.

R. Morton Hewitt. *On acute poliomyelitis.* (Brit. med. Journ., 30. März. 1912.)

Gestützt auf eigene Beobachtungen (nur 4 Fälle, mit ausführlichen Krankengeschichten), glaubt Verf. eine gemeinsame Infektionsquelle („Staubinfektion") annehmen und andere Übertragungsmöglichkeiten ausschließen zu müssen. Bemerkungen über Mortalität und Nachbehandlung. Eckhardt.

Bovaird. *On the mode of infection in epidemic cerebrospinal meningitis.* (Der Infektionsmodus bei epidemischer Zerebrospinalmeningitis.) Americ. Journ. Dis. Children, November 1912.)

Die Infektion erfolgt nach unseren bisherigen Kenntnissen wahrscheinlich durch die Atemwege und die Blutbahn. In bezug auf Prophylaxe ist auf Bazillenträger besonders Rücksicht zu nehmen, doch ist die Befreiung derselben von Keimen im Nasenrachenraume bisher mißlungen. Vielleicht werden wir mit Vakzinebehandlung bessere Resultate erreichen. Wachenheim (New York).

G. H. Pearson. *A case of meningitis in which the bacillus coli comm. was obtained from the cerebrospinal fluid.* (Lancet, 16. März 1912.)

Schon intra vitam und bei der ersten Punktion fanden sich in der Zerebrospinalflüssigkeit zahlreiche extra- und intrazelluläre

Bazillen, die sich post mortem morphologisch und kulturell als Kolibazillen herausstellten. Eine Einbringung dieser Bakterien durch die Punktion ist also ausgeschlossen. Ausgangsstelle der Meningitis war eine Otitis media sin. intra vitam ohne Symptome.

Eckhardt (Breslau).

Lucas. *The various meningitises.* (Die verschiedenen Meningitiden.) (Arch. of Ped., Oktober 1912.)

Verf. erwähnt folgende Typen: tuberkulöse, Meningokokken-, Influenza-, Pneumokokken- und Streptokokkenmeningitis, aber auch die Fälle, die zur Kinderlähmung gehören, sowie die sogenannten Meningismusfälle. Die Fälle der Poliomyelitisgruppe zeigen große klinische Ähnlichkeit zur Tuberkulose, oft entscheidet bloß der Ausgang. Bei der Meningismusgruppe sind wir noch sehr im unklaren und Verwechslung mit Enzephalitis oder auch rein toxischen Zuständen kommt leicht vor. Bei den beiden letzten Gruppen scheint die Lumbalpunktion entschieden von therapeutischem Werte zu sein, aber auch bei den bakteriologisch gut definierten Meningitiden ist sie wohl das einzige Hilfsmittel, ausgenommen bei Meningokokkeninfektion, wo die Serumbehandlung eine relativ gute Aussicht gibt.

Wachenheim (New York).

Trevor Berwyn Davies. *A case of cranio-spinal meningitis, with rigthsided hydrocephalus, simulating intracranial tumour.* (Brit. med. Journ., 24. Febr. 1912.)

Krankengeschichte und Obduktionsbefund von einem $4^1/_2$jährigen Mädchen, das die Symptome eines Hirntumors bot. Bei der Sektion fand sich erhebliche Dilatation des rechten Seitenventrikels.

Eckhardt.

Reh und **Méroz.** *Bacilles pseudo-diphthériques et otites moyennes.* (Rev. méd. de la Suisse rom., N. 1, Jan. 1913.)

Die Verff. fanden im Eiter bei Otitis media bei mehr als 50% Pseudodiphtheriebazillen zugleich meistens Streptokokken, Staphylo- oder Pneumokokken. Sie stammen aus dem Nasopharynx oder aus dem äußern Gehörgang. Sie haben Ähnlichkeit mit dem Hoffmannschen Bazillus und mit dem Xerosiserreger. Sie nehmen bei den Mittelohraffektionen keine pathogene Rolle ein. Otitiden mit echten Löffler-Bazillen kommen als einzige, klinische Erscheinung von Diphtherie vor. Zur Diagnose kommt man am schnellsten durch Impfung am Meerschweinchen; die morphologischen, kulturellen oder tinktoriellen Unterscheidungsmerkmale sind z. B. unsicher oder ihre Feststellung ist zu umständlich. Max Reber (Basel).

Macleod Yearsley. *The prevention of deafness in children.* (Brit. Journ. of child. dis., Sept. 1912.)

3 große Gruppen von Krankheiten führen im Kindesalter zu Ohrleiden und Taubheit: akute Infektionskrankheiten, Meningitis

und „primäre" Ohrerkankungen. Unter allen derartigen Fällen befinden sich zahlreiche, bei denen mit der nötigen Aufmerksamkeit und Pflege Erkrankung hätte verhütet werden können. Bei der geringen Bildungsfähigkeit tauber Kinder, selbst im Vergleiche mit Blinden, hält Verf. umfassende Maßregeln für nötig: Errichtung von Schulkliniken, ausgiebigste spezialistische Behandlung (Entfernung von Adenoiden mit Nachbehandlung) und — als vorbeugende Maßnahmen — natürliche Ernährung des Säuglings und Belehrung von Lehrern und Eltern beziehungsweise der Mütter. Eckhardt.

O. Witzinger. *Ein Beitrag zur Klinik des Pseudotetanus Escherich.* (A. d. Kinderklinik in München.) Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. V, S. 455.)

Den wenigen — 15 — zu diesem Krankheitsbilde gehörenden Fällen reiht der Autor 2 neue an. In dem einen Fall handelte es sich um ein Kind, das einige Tage nach einem Schlag in den Nacken, der aber ohne offene Wunde verlief, mit einer „Lähmung" der Beine erkrankte. Es entwickelte sich eine tonische Starre der ganzen Muskulatur, die etwa 4 Wochen lang mit erheblicher Intensität bestehen blieb, dann in den nächsten 3 Wochen langsam abnahm, um in völliger Heilung zu enden. Charakteristisch und für die Zugehörigkeit zum Escherichschen Pseudotetanus beweisend war die fehlende Kontinuitätstrennung der Haut, der Beginn der Erscheinungen in den unteren Extremitäten, die charakteristische Lokalisation der Krämpfe und die spontan erfolgende Heilung. Der Beweis für die Unabhängigkeit der Erkrankung vom echten Tetanus wurde außerdem noch dadurch erbracht, daß im Blute der Kinder Tetanusantitoxin nicht gefunden wurde.

Der zweite vom Autor mitgeteilte Fall ähnelte dem ersten, nur war bei ihm wirklich eine Verletzung vorausgegangen. Auch hier ergab die serologische Untersuchung, daß Tetanusbazillen nicht im Spiel waren.

Während Escherich diese tetanusartigen Zustände noch als eine Erscheinung der juvenilen Tetanie ansah und häufig tetanoide Latenzsymptome wie Chvostekssches und Trousseausches Phänomen, erhöhte elektrische und mechanische Erregbarkeit nachweisen konnte, fehlen dieselben in den hier mitgeteilten Fällen vollkommen. Wahrscheinlich handelt es sich also beim Pseudotetanus um kein einheitliches Krankheitsbild und nur ein kleiner Prozentsatz der Fälle darf unter die puerile Tetanie eingereiht werden. Anderseits geht daraus hervor, daß es tetanusartige Erkrankungen gibt, die nicht durch die Nikolaierschen Bazillen hervorgerufen werden.

Birk (Kiel).

H. Neumann (Berlin). *Die Bedeutung des Fazialisphänomens jenseits des Säuglingsalters.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 17, S. 813 bis 814.)

Das Fazialisphänomen kommt jenseits des Säuglingsalters nur bei neuropathischen Kindern vor und ist bei ihnen sehr häufig. Es ist daher ein wertvoller objektiver Hinweis für die neuropathische Konstitution und vererbt sich ebenso wie überhaupt die tetanoide Übererregbarkeit. E. Nagel-Hoffmann (Berlin).

J. Grober (Jena). *Die Behandlung der Chorea minor.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 18, S. 831 bis 836.)

Klinischer Vortrag. Grober legt den Hauptwert auf psychische Behandlung, empfiehlt Wasserprozeduren, Brom, Antipyrin, Chloralhydrat, warnt vor elektrischer, gymnastischer und Massagebehandlung. E. Nagel-Hoffmann (Berlin).

Williams. *Cases of juvenile psychasthenia.* (Juvenile Psychasthenie.) (Amer. Journ. Med. Scienc., Dezember 1912.)

Verf. beschreibt 6 Fälle bei Kindern, die nach den Freudschen Grundsätzen erfolgreich behandelt wurden. Merkwürdig ist das Auftreten verschiedener Tics, z. B. Stottern, bei diesen psychasthenischen Zuständen: Affektmomente, darunter auch sexuelle, konnten stets durch Psychanalyse ans Licht gebracht werden. Die neueren Forschungen haben das Feld der Neurasthenie, speziell bei Kindern, stark eingeschränkt. Wachenheim (New York).

W. S. Sullivan. *Feeble-mindedness and the measurement of the intelligence by the method of Binet and Simon.* (Lancet, 23. März 1912.)

Verf. hat nach einem von Binet und Simon ausgearbeiteten Schema, das an Pariser Schulen mit Erfolg zur Ermittlung von Schwachsinnigen benutzt worden ist, Versuche an jugendlichen Strafgefangenen (in Paris) angestellt und brauchbare Resultate erhalten. Eckhardt (Breslau).

E. Thomas (Leipzig). *Zur Einteilung der Myxödemformen.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 10, S. 461 bis 462.)

Es gibt nicht nur angeborene totale Aplasien, sondern auch Hypoplasien der Schilddrüse. In diesen Fällen findet man nicht ein verkleinertes Organ an normaler Stelle, sondern das vorhandene Schilddrüsengewebe ist dystopisch, meist in Tumoren des Zungengrundes. Die Fälle mit totaler Aplasie der Schilddrüse überschreiten nie das Pubertätsalter. E. Nagel-Hoffmann (Berlin).

A. Löwy und **P. Sommerfeld.** *Untersuchungen an einem Falle von kindlichem Myxödem.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 16, S. 754 bis 756.)

Stoffwechseluntersuchungen an einem 7jährigen Myxödemkinde, das an Gewicht und Größe etwa einem 1jährigen entsprach.

Der Gesamtumsatz entsprach dem eines gesunden, gleich schweren Kindes, wurde nach Schilddrüsengebrauch um 30% erhöht. Die Untersuchung des Stickstoffumsatzes ergab abnorm hohes Eiweißretentionsvermögen. Glykosurie bestand unabhängig von Schilddrüsendarreichung. Das Blut war normal.

E. Nagel-Hoffmann (Berlin).

R. Ammann. *Die Brombehandlung der Epilepsie.* (Therapie der Gegenwart, 1912, S. 535.)

Ammann tritt auf Grund seiner Erfahrungen an 250 Patienten der schweizerischen Anstalt für Epileptische in Zürich für eine langdauernde ununterbrochene gleichmäßige Bromkur ein, indem man langsam die Dosis steigert, bis keine Anfälle mehr eintreten. Der akute Bromismus wird durch eine Kochsalzzulage in 1 bis 2 Tagen zum Verschwinden gebracht, Bromakne durch innerliche Arsendarreichung beseitigt, ohne Herabsetzung der Bromdosis. Vielfach muß die Bromdarreichung mit salzloser Diät kombiniert werden, um die Anfälle zum Schwinden zu bringen. Völlige Entziehung des Kochsalzes ist zu vermeiden, da die Patienten dadurch gegen Brom und Chlor überempfindlich werden. Die Hauptkochsalzquelle ist die Suppe; da salzlose Suppen aber schlecht schmecken, werden die Suppen mit „Sedobrol" gewürzt. Die Bromwirkung dieses Präparates soll etwas stärker als diejenige vom Bromnatrium sein. Wichtig ist eine gute Mundpflege wegen des Vorkommens von leichter Stomatitis; Verf. empfiehlt als Mundwasser Kal. hypermangan. 1·0; Natr. chlorat. 50·0 auf 1000, ein Teelöffel auf ein Glas Wasser. Der spezifisch wirksame Bestandteil ist dabei das Kochsalz. In ganz schweren Fällen, namentlich bei nächtlichen Anfällen, soll Chloralhydrat gegeben werden.

Orgler (Berlin.)

J. Stewart Mackintosh. *Arrest of severe epilepsy in a child aged four.* (Brit. med. Journ., 20. April 1912.)

Ein Kind von 4 Jahren erlitt einen schweren Nervenschock durch Biß eines Hundes; anschließend zeigten sich epileptiforme Anfälle, mehrmals täglich auftretend. Brom- und Belladonnamedikation und absolute Ruhe auf dem Lande brachten Heilung für ein Jahr; dann traten wieder Anfälle auf, wenn auch nicht so gehäuft.

Eckhardt.

Halle (Charlottenburg). *Die Tonsillenexstirpation, ihre Gefahren und deren Bekämpfung.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 8, S. 368–370.)

Die Tonsillenexstirpation ist kein ungefährlicher Eingriff und sollte bei Kindern nur gemacht werden, wenn bei kleinen versenkten Tonsillen trotz lokaler Behandlung Anginen häufig rezidivieren oder wenn die Tonsillotomie bei hypertrophischen Mandeln keinen

Erfolg zeitigte oder endlich wenn eine von den Tonsillen ausgehende Allgemeinerkrankung vorliegt oder befürchtet wird. Es ist bei der Operation sorgfältig eine Verletzung der Gaumenbögen zu vermeiden und der größte Wert auf exakte Blutstillung zu legen. Die Patienten müssen nachher gut beobachtet werden, um etwaige parenchymatöse Nachblutungen rechtzeitig zu erkennen. E. Nagel-Hoffmann.

P. Rohmer (Köln). *Zur Frage der Tracheotomia transversa.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 40, S. 1880—1881.)

Rohmer empfiehlt zur Erzielung besserer Narbe und zum leichteren Arbeiten bei ungenügender Assistenz den transversalen Hautschnitt, will aber den Längsschnitt der Trachea beibehalten, da bei querer Eröffnung die Kanüle durch zu starken Druck leicht Nekrosen hervorruft. E. Nagel-Hoffmann.

B. Schick. *Über das maligne Granulom mit rekurrierendem Fieber (Typus Pel-Ebstein).* (A. d. Kinderklinik in Wien.) (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. V, S. 493.)

In dem hier beschriebenen Falle trat zuerst im Alter von 16 Monaten eine Lymphdrüsenschwellung an der Halsseite auf. Während der weiter schreitenden Erkrankung wurde ein eigentümlicher Fiebertypus beobachtet. Fast alle 14 Tage erhebt sich die Temperatur zu einem ziemlich beträchtlichen, remittierenden Fieber, das nach einiger Zeit wieder abfällt. Während des etwa 7 Monate dauernden Spitalsaufenthaltes folgen sich nicht weniger als 13 solcher Fieberattacken, die durch 12 etwa 6tägige fieberfreie Pausen unterbrochen werden. Je weiter das Leiden schreitet, um so länger dauern die Fieberperioden und um so höher werden die Fieberzacken.

Gleichzeitig mit den Fieberperioden schwillt der Drüsentumor an, fühlt sich heiß an. Die Haut darüber wird rot, die Gefäße erweitern sich. Mit dem Aufhören des Fiebers bessern sich alle Symptome, der Tumor wird kleiner, weicher, die Haut blasser, die Venenerweiterungen gehen zurück.

Im Spitale akquirierte das Kind Masern, Varizellen und Pertussis(!). Während die letzteren beiden die Lymphdrüsenschwellung unbeeinflußt lassen, üben die Masern eine deutliche Rückwirkung aus: die hervorbrechenden Masern gebieten dem Fieber der Grundkrankheit Halt, es fällt ab und nun entwickelt sich das typische Masernfieber. Dabei verkleinert sich der Tumor von Mannsfaustgröße zu der einer Pflaume — um nach den Masern jedoch wieder weiter zu wachsen.

Nach einer Krankheitsdauer von 16 Monaten erfolgte der Exitus.

Mikroskopisch zeigte der Drüsentumor eine derbfibröse Struktur. Die Zellen waren zum kleinern Teil kleine Rundzellen, meist größere Zellen. Darunter zahlreiche mehrkernige nach Art der „Riesenzellen" bei Hodgkinscher Krankheit. Birk.

N. Rh. Blevgad (Kopenhagen). *Trommelfellanästhesie.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 28, S. 1337 bis 1338.)

Blevgad führt zur Trommelfellanästhesie einen kleinen Wassertampon getränkt mit Kokain hydrochlor. 1·0, Acid. salic. 1·0, Spir.

conc. 2·0, Sol. Adrenalini 1‰ 1·0 ins Ohr ein. Nach 20 Minuten völlig schmerzloses Operieren, auch bei Kindern.

E. Nagel-Hoffmann (Berlin).

W. Sanderson. *A case of angioma of the oro-pharynx.* (Brit. med. Journ., 17. Febr. 1912.)

Großes ziemlich derbes Angiom der Rachenschleimhaut, dieselbe durchsetzend, bei einem 10jährigen Mädchen. Eckhardt.

O. Meyer (Berlin). *Beitrag zur Entstehung und Verhütung der Hirschsprungsschen Krankheit.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 9, S. 416—419.)

Ein bis $^3/_4$ Jahr mit Backhausmilch ernährtes, scheinbar gesundes Kind erkrankte plötzlich mit Erbrechen, Stuhlverhaltung, Allgemeinsymptomen. Nach 14tägiger Mehlnahrung Spasmophilie. Bald darauf trat Dauerspasmus der Flexura sigmoidea ein, der zu den Symptomen einer beginnenden Hirschsprungschen Krankheit führte, aber durch Belladonna, Tinctura Opii und Ernährung mit Frieden thalscher künstlicher Muttermilch im Laufe einiger Monate restlos beseitigt wurde. E. Nagel-Hoffmann.

Alex Mitchell. *A contribution to the study of appendicitis in children.* (Brit. Journ. of childr. dis., August 1912.)

Bericht über 40 operativ behandelte schwere Fälle von Perityphlitis mit 25% Mortalität. Eckhardt (Breslau).

Edmund Owen. *Appendicitis and quickness.* (Brit. med. Journ., 4. Mai 1912.)

Nachdrückliche Empfehlung der Frühoperation bei Appendizitis. Eckhardt.

Albert J. Walton. *Congenital malposition of the gall-bladder.* (Lancet, 6. April 1912.)

Bei einem ausgetragenen, intra partum gestorbenen Kinde fand sich eine seltene, qua Lebensfähigkeit aber harmlose Verlagerung der Gallenblase (Abbildung). Im Falle einer Operation können in solchen Fällen Schwierigkeiten mit der Auffindung der Gallenblase entstehen; eventuell wäre man sogar versucht, eine vollständige Atrophie oder kongenitales Fehlen oder eine (sehr seltene) intrahepatische Lagerung der Gallenblase zu vermuten.

Eckhardt (Breslau).

E. W. Roughton. *Bilateral operation for inguinal hernia.* (Lancet, 8. Juni 1912.)

Nachdem Verf. es häufig erlebt hat, daß Patienten nach einseitiger Hernienoperation nach kürzerer oder längerer Zeit eine

Hernie auf der andern Seite „erwarben", ist er zu der Ansicht gekommen, daß auch erworbene Hernien immer vorgebildet sind. Er operiert deshalb grundsätzlich beide Seiten, besonders bei Kindern und jugendlichen Individuen und hat dabei sehr oft auf der scheinbar gesunden Seite einen präformierten leeren Bruchsack gefunden.

Eckhardt (Breslau).

Ernst O. P. Schultze. *Das Alb. Köhlersche Knochenbild des Os naviculare bei Kindern — eine Fraktur.* (Arch. f. klin. Chir., Bd. C, H. 2, S. 431.)

Verf. führt aus den Erfahrungen an 7 Fällen unter Beigabe der Röntgenbilder den Beweis, daß die Köhlerschen Knochenbilder nur in späten Stadien aufgenommene Bilder von Kompressionsfrakturen des Naviculare sind. Seine Patienten standen alle im Alter von 5 bis 9 Jahren. Schiller (Karlsruhe).

E. O. P. Schultze. *Zur Schlatterschen Krankheit. Symptom einer Systemerkrankung.* (Arch. f. klin. Chir., Bd. C, S. 453.)

Bei 8 untersuchten Fällen, alles Knaben, fand sich 6mal Doppelseitigkeit des Leidens. Ein einmaliges Trauma war stets auszuschließen. Die Röntgenuntersuchung ergab auch an andern Ansatzstellen von Sehnen am Vorderarm, Hüftgelenk, nie am Olekranon, verwaschene, wie ausgerissen aussehende Ansatzstellen. Verf. schließt daraus, wie aus der Doppelseitigkeit, daß es sich bei der Schlatterschen Erkrankung der Tuberositas tibiae um eine Periostausreißung handelt, die bei schwächlichen Individuen in der Periode intensivsten Wachstums auch durch normalen Muskelzug zustande kommt. Wahrscheinlich handelt es sich um eine allgemeine Schwäche des Binde- und Stützgewebes. Schiller (Karlsruhe).

F. Partsch (Breslau). *Osteomyelitis der Patella.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 31, S. 1460.)

Die Krankheit trat bei einem 12jährigen Knaben auf im Anschluß an einen Lippenfurunkel. Nach frühzeitiger Operation rasche Heilung auch des Gelenkergusses. E. Nagel-Hoffmann.

R. Hagemann (Marburg). *Weiterer Beitrag zur typischen Oberschenkelfraktur bei Knochenatrophie und Kniegelenkskontraktur.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 34, S. 1596—1597.)

Es gibt eine typische Oberschenkelfraktur dicht oberhalb des Kniegelenks, welche bei allen Erkrankungen der unteren Extremität auftreten kann, die zu Knochenatrophie und Kniegelenksversteifung führen. Es ist dabei gleichgültig, ob Atrophie und Kontraktur durch die Erkrankung selbst oder erst durch die dabei notwendig werdende

Behandlung bedingt sind (Gipsverband in der Therapie der angeborenen Hüftgelenksluxation). E. Nagel-Hoffmann.

Besprechungen.

H. Brüning und **E. Schwalbe** (Rostock). *Handbuch der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie des Kindesalters.* (I. Bd., Abt. I, Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1912, 449 S., 74 Fig. im Text; Preis: M. 13.60.)

Unter der Redaktion von Brüning und Schwalbe und unter der Mitwirkung einer ganzen Anzahl Gelehrter — von Pädiatern sind es Peiper, Tobler, Hohlfeld, Wieland, Bessau — beginnnt ein Handbuch der pathologischen Anatomie des Kinderalters zu erscheinen. Bisher liegt die erste Abteilung vor; berechnet ist es auf 4 Abteilungen beziehungsweise 2 Bände.

Das Erscheinen dieses Werkes wird wahrscheinlich mit gemischten Gefühlen aufgenommen werden. Der Gedanke, endlich von berufener Hand eine Darstellung der pathologischen Anatomie des Kindesalters zu erhalten, wird zwar überall freudige und ungeteilte Zustimmung finden. Ist doch zweifellos die pathologisch-anatomische Richtung in der Pädiatrie nur deshalb so sehr ins Hintertreffen geraten, weil es bisher an einem kritischen Kopf gefehlt hat, der die gesamte, im Laufe von Jahrzehnten produzierte Arbeit einmal ordentlich unter die Lupe nahm und die Spreu vom Weizen sonderte und zeigte, wo die Grundlagen sicher genug sind, um darauf weiter zu bauen, und wo andererseits der Boden schwankend und trügerisch ist, so daß — wer erfolgreich arbeiten will, gut tut, sich erst ein neues, besseres Fundament zu schaffen.

Auf der andern Seite aber wird man es bedauern, daß es gleich wieder ein „Handbuch" sein mußte, also ein Buch, das durch seinen hohen Preis die Zahl seiner Leser sich selbst auf einen sehr kleinen Kreis beschränkt und alle diejenigen ausschaltet, die zwar vom Schaffensdrange reich beseelt, mit irdischen Glücksgütern aber nur bescheiden bedacht worden sind. — Doch auch dieses Bedauern wird man gern zurückstellen, wenn das Werk hält, was es verspricht, und wenn die nächsten Abteilungen zeigen, daß es wirklich nötig war, auf so breiter Basis zu beginnen.

In der bisher erschienenen 1. Abteilung des ersten Bandes kommen von Pädiatern nur Brüning — mit einer kurzen geschichtlichen Einleitung — und Peiper zu Wort. Der letztere hat die „Parasiten im Kindesalter" mustergültig dargestellt. Der Hauptanteil ist den pathologischen Anatomen zugefallen. Schwalbe beginnt mit dem „Wachstum im Kindesalter und den Altersunterschieden, den Krankheitsursachen, der Krankheitsdisposition, namentlich der Alters-

disposition". Mönkeberg (Gießen) hat die Pathologie der Gewebe (Atrophie, Degeneration, Nekrose, Entzündung usw.) bearbeitet. Sein Kapitel ist — soweit wir uns ein Urteil über pathologische anatomische Arbeiten erlauben dürfen — das ansprechendste im ganzen Buche. Aus der an sich recht trockenen Materie hat er mit vielem Geschick das den Kinderkliniker Interessierende herausgeholt und durch eine lebendig geschriebene Darstellung verständlich und mundgerecht gemacht. Die Infektionskrankheiten sind von Beitzke (Lausanne), die Geschwülste von Merkel (Erlangen) bearbeitet, während eine kurze, ziemliche schematische Darstellung der Mißbildungslehre und der fötalen Erkrankungen der Feder von B. Wolff (Rostock) entstammt.

Ein Urteil über die einzelnen Beiträge zu fällen, ist zunächst noch nicht möglich. Dazu muß man erst das ganze Buch vor sich haben. So viel läßt sich aber schon heute sagen, daß alle Autoren bemüht gewesen sind, sich auf das dem Kindesalter Spezifische zu beschränken. Und wo das nicht der Fall gewesen ist, da liegt die Schuld nicht am Autor, sondern an der Tatsache, daß eben nicht überall ein Unterschied zwischen Kind und Erwachsenem vorhanden ist.

Birk (Kiel).

Ombrédanne. *Technique chirurgicale infantile.* (Masson & Cie., Paris, 1912.)

Der durch sein Referat über die chirurgische Behandlung der epidemischen Kinderlähmung auf dem internationalen Pädiaterkongreß zu Paris 1912 auch vielen deutschen Kinderärzten nicht unbekannte Verf. behandelt in seinem durch 210 meist recht instruktive Abbildungen illustrierten Buche die chirurgische Technik, soweit sie sich für das Kindesalter von der der Erwachsenen unterscheidet.

Nach einem allgemeinen Abschnitt über die Vorbereitung des Patienten, Anästhesierungsmethodik, Desinfektion (5% Lösung von Jod in Chloroform puriss. pro narcosi), Instrumentarium usw. werden im speziellen Teil — nach Körperregionen eingeteilt — die in Betracht kommenden Operationen, und zwar in gedrängter, aber doch alles Notwendige berücksichtigender Kürze besprochen jeweils nach Indikationen, speziellem Instrumentarium, Vorbereitungsperiode, Gang der Operation, Verband, Nachbehandlung. Mit ganz besonders eingehender Sorgfalt sind die Operationen bei Spaltbildungen im Munde und die orthopädischen Operationen an der untern Extremität behandelt.

Das Buch kann in seiner prägnanten Kürze chirurgisch tätigen Ärzten ein wertvoller Ratgeber bei Operationen an Kindern sein und kann deshalb zum Studium wohl empfohlen werden.

Schiller (Karlsruhe).

Arthur Keller und **Chr. J. Klumker.** *Säuglingsfürsorge und Kinderschutz in den europäischen Staaten.* (Bd. I, 1. und 2. Teil. Julius Springer, Berlin, 1912.)

Der bisher vorliegende spezielle Teil des groß angelegten Handbuches soll nach dem Plane der Herausgeber für die einzelnen europäischen Staaten den jeweiligen Stand und in einer einleitenden Skizze die Geschichte seiner Fürsorgeeinrichtungen für das Säuglings- und Kindesalter darstellen. Der erste Abschnitt behandelt die sozialhygienischen Einrichtungen, der zweite die sozialrechtlichen (Vormundschaft — Uneheliche Kinder), der dritte bringt eine Sammlung der Gesetze und Verfügungen betreffend Kinderschutz und Mutterfürsorge in den einzelnen Ländern.

Mit diesem Werke, dessen allgemeiner, noch ausstehender Teil die allen Kulturnationen gemeinsamen Fragen behandeln soll, haben die beiden bekannten Verff. eine ganz gewaltige Arbeit geleistet, für die sie des Interesses und Dankes aller auf fürsorgerischem Gebiete Tätigen sicher sein dürfen, denen sie ein Quellenwerk ersten Ranges in die Hand gegeben haben. Freilich mußte eine Inventarisierung und kritische Verarbeitung der vielfachen, zum großen Teil erst aus den letzten 2 Dezennien stammenden Bestrebungen auf diesem Gebiete auf ganz gewaltige Schwierigkeiten stoßen, die sich an dem Plane des Werkes selbst und an seiner Ausführung im Einzelnen äußern.

Da fällt zunächst die Beschränkung auf die europäischen Staaten auf. Gewiß, auch für ein so umfassendes Werk mußten certi denique fines festgelegt werden, aber gewiß werden mit dem Referenten viele Leser bedauern, daß diese Grenzen rein geographisch bestimmt worden sind. Sicherlich wäre für die Zwecke der Belehrung auf einem so im Flusse befindlichen Wissensgebiete eine Einbeziehung, z. B. der Vereinigten Staaten von Nordamerika, erwünschter gewesen als etwa die eingehende, an sich übrigens sehr interessante, aber doch kein Neuland erschließende Bearbeitung der sozialhygienischen Einrichtungen etwa der Türkei. Übrigens fehlen doch auch einige europäische Staaten, wie z. B. Serbien und Portugal. Förderlicher wäre es nach Ansicht des Ref. gewesen, wenn eine Auslese der zu bearbeitenden Staaten nach kulturellen statt nach rein geographischen Gesichtspunkten stattgefunden hätte.

Bei der Bearbeitung des sozialhygienischen Materials macht sich, wie das bei der großen Zahl der Mitarbeiter natürlich nicht zu verwundern ist, eine große Ungleichheit störend bemerkbar. Bei aller Freiheit, die dem einzelnen Mitarbeiter in der Gestaltung seines Stoffes selbstverständlich gelassen werden muß, könnte nach der Meinung des Ref. doch eine etwas größere Einheitlichkeit erzielt werden. Das zeigt sich z. B. sehr auffällig, wenn man die erschöpfende, dabei aber klare und übersichtliche Bearbeitung der deutschen Verhältnisse durch A. Keller mit dem Beitrag von J. Meier über Krippenwesen, die 226 Seiten umfaßt, mit dem Abschnitte Frankreich, auf 29 Seiten, vergleicht. Knappheit ist gewiß eine nicht zu unterschätzende literarische Tugend, aber von dem Stande der französischen Säuglingsfürsorge bekommt der wißbegierige Leser bei dieser gar zu lapidaren Bearbeitung sicherlich kein sehr zuverlässiges Bild. Die meisten Länder sind übrigens sehr gut vertreten, hervorzuheben

sind besonders Belgien, Ungarn, Schweiz und die nordischen Königreiche.

Auf den 2. und 3. Abschnitt des Werkes näher einzugehen erübrigt sich an dieser Stelle.

Die Ausstattung ist die bekannt schöne des Springerschen Verlages.

Hoffentlich läßt der 2. Band des Handbuches, das trotz der angedeuteten Mängel wirklich eine literarische Tat ist, nicht zu lange auf sich warten. Schiller (Karlsruhe).

O. Marburg (Wien). *Die Hemiatrophia facialis progressiva.* (Der umschriebene Gesichtsschwund.) (Mit 5 Abb. im Text; Alfr. Hölder, Wien und Leipzig, 1912, Preis M. 2.50.)

Das Werk erscheint als eine zeitgemäße Darstellung der genannten Krankheitsbilder als Supplement zu Nothnagels „spezieller Pathologie und Therapie". Birk (Kiel).

Th. Ziehen. *Über die allgemeinen Beziehungen zwischen Gehirn und Seelenleben.* (II. umgearb. Aufl.) (Verlag von Joh. Ambr. Barth, Leipzig, 1912, Preis M. 2.20.)

In seiner bekannten klaren Art behandelt Ziehen die allgemeinen Beziehungen zwischen Gehirn und Seelenleben und läßt an dem Leser die lange Reihe der Theorien im Wechsel der Jahrhunderte vorüberziehen. Ursprünglich ein Vortrag — erscheint das Buch schon in 3. Auflage, der beste Beweis für seinen Wert. Birk (Kiel).

Klara Tluchov. *Elternkonferenzen und Elternabende.* H. 7: *Erhöhte Reinlichkeitspflege zur Verhütung ansteckender Krankheiten.* (K. k. Schulbücherverlag, Wien.)

Das Werk enthält einen Vortrag, der vor Eltern in Wien gehalten wurde und das Thema von der Reinlichkeit zum Gegenstande hat. Er gibt eine Menge interessanter Einblicke in die Interna der Wiener Volksschulen. Birk (Kiel).

F. Schwerz (Privatdozent f. Anthropol. a. d. Univ. Bern). *Über das Wachstum des Menschen.* (Akad. Buchhandl., Bern, 1912.)

Der Verf. gibt einen kurzen — das Büchlein enthält nur 25 Seiten — Überblick über das Wachstum des Körpers, sowohl im ganzen wie in bezug auf seine einzelnen Organe. Birk (Kiel).

L. Michaelis. *Kompendium der Entwicklungsgeschichte des Menschen mit Berücksichtigung der Wirbeltiere.* (Verlag von Thieme, Leipzig, 1912, M. 4.—.)

Das bekannte Kompendium erscheint bereits in 5. Auflage.

Birk (Kiel).

E. Brezina (Wien). *Internationale Übersicht über Gewerbekrankheiten.* (Alfred Hölder, Wien 1912.)

Das Heft gehört zu den „Wiener Arbeiten aus dem Gebiete der sozialen Medizin", herausgegeben von Dr. Ludwig Teleky. Es ist bearbeitet nach den Gewerbeinspektionen der Kulturländer über das Jahr 1909. Birk (Kiel).

I. Ergänzende Literaturübersicht.

Allgemeines.

J. v. Bokay, H. Flesch und **Z. v. Bokay.** Lehrbuch der Kinderheilkunde für Studierende und Ärzte, II. Teil. Verlag von H. Mai, Budapest 1912.

Floyd M. Crandall. Histories of the New York, Philadelphia, New England and New Jersey Pediatric Societies. Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 941.

Frank I. Drake. The child's right to be well born. Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 395.

Finley Ellingwood. A plea for thorough and systematic study of the materia medica and therapeutics. Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 211.

Leonhard Guthrie. Disorders of childhood attributes to „teething". (Kinderkrankheiten, die dem „Zahnen" zugeschrieben werden.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 326.

Wilhelm Hallauer. Über Unfälle im Kindesalter. Dissertation, Bonn 1912.

Anatomie und Histologie.

Heinrich Fischer. Röntgenologischer Beitrag zur Kenntnis der Skelettvarietäten. (Überzählige Karpalia und Tarsalia, Sesambeine, Kompaktainseln.) Dissertation, München 1912. (L. Gräfe und Sillem.)

André Hovelacque. Anatomie macroscopique des lymphatiques du poumon vaisseaux et ganglions. Etude faite sur le foetus et le nouveau-né. (Zur makroskopischen Anatomie der Lymphgefäße und Lymphdrüsen der menschlichen Lunge.) Bibliogr. anat., 1912, Bd. XXII, S. 265.

A. O. Karnitzki. Zur Einführung in das Studium der Pädiatrie. Arch. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LIX, S. 347.

Physiologie und allgemeine Pathologie.

F. Ahlfeld. Riesenkinder. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1912. Bd. LXXII, S. 602.

E. Apert. La température centrale chez le nouveau-né et le prématuré. Le Nourrisson, 1913, Bd. I, S. 29.

J. Cecikas. Contribution à l'étude de l'hérédité pathologique. (Beitrag zum Studium der krankhaften Vererbung.) Rev. de méd., 1912, Bd. XXXII, S. 1012.

A. Cevidalli. Sur la fonction des capsules surrénales durant la vie foetale. Arch. Ital. de Biol., 1912, Bd. LVI, S. 260.

Victor Coudere. Grossesse et cardiopathies congénitales. Thèse de Paris, 1912, Nr. 363.

Rafnwald Ingebrigtsen. Studies upon the characteristics of different culture media and their influence upon the growth of tissue outside of the organism. (Studien über die charakteristischen Unterschiede verschiedener Kulturmedien und ihren Einfluß auf das Wachstum außerhalb des Organismus.) Journ of exp. Med., 1912, Bd. XVI, S. 421.

Maurice Juif. Contribution à l'étude du pouls lent permanent d'origine congénitale et héréditaire. Thèse de Paris, 1912, Nr. 260.

J. H. Mason Knox. The effect of moderately high temperature upon the infant. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 191.

Harry Kull. Über die Panethschen Zellen verschiedener Säugetiere. Anat. Anzeiger, 1912, S. 609.

Richard Landsberger. Der Einfluß der Zähne auf die Entwicklung des Schädels. Zahnärztliche Rundschau, 1912, Bd. XXI, S. 1209.

Paget C. Lapage. Certain forms of fever of obscure origin in infancy and childhood. (Gewisse Formen von Fieber dunkler Ätiologie im Säuglings- und Kindesalter.) Brit. Med. Journ., 1912, Nr. 2687, 1474.

Levaditi und **Mutermilch.** Action de la toxine diphtérique sur la vie des cellules hors de l'organisme. Société de Biologie. Paris, 22. Februar 1913.

Jean Marchal. Contribution à l'étude de l'hypertrophie mammaire au cours de la gestation. (Mamma-Hypertrophie im Verlaufe der Schwangerschaft.) Thèse de Paris 1912.

Maurice Nicloux. Mécanisme du passage de l'oxyde de carbone de la mère au foetus et des respirations placentaire et tissulaire. Arch. mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie, 1913, Bd. XVIII, S. 42.

Nobécourt. L'urée dans le liquide céphalo-rachidien des nourrissons, en particulier dans quelques cas d'affections gastro-intestinales accompagnées de sclérème. (Harnstoff in der Zerebrospinalflüssigkeit des Säuglings, insbesondere bei Magen-Darm-Affektionen, die von Sklerem begleitet sind.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 4, S. 216.

Dina Rabinowitsch. Die Leukozyten verschiedener Altersstufen. Untersuchungen über die Leukozyten gesunder Kinder. Arch. f. Kinderheilkunde, 1912, Bd. LIX, S. 161.

G. Rovere. Ricerche sull' antitripsina del siero di sangue in lattanti sani ed ammalati. (Antitrypsin im Blutserum bei gesunden und kranken Säuglingen.) La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 737.

Southworth. The menace to the young child of the common infectious cold. (Die Gefahren der gewöhnlichen Erkältungen für kleine Kinder.) Journ. Amer. Med. Assoc., 30. November 1912.

Richard Walter. Über Wachstumsschädigungen junger Tiere durch Röntgenstrahlen. Fortschr. a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen, 1912, Bd. XIX, S. 123.

Julius Wohlgemuth. Zur Frage von dem Durchtritte der Fermente durch die Plazenta. Charité-Annalen, 1912, Bd. XXXVI, S. 368.

Zora Zivkovic. Über die Zahl der eosinophilen Leukozyten im Blute gesunder Säuglinge. Dissertation, Zürich, 1911/12, Nr. 126. (J. F. Kobold-Lüdi.)

Allgemeine Diagnostik.

Erich Benjamin und **Theodor Goett.** Zur Deutung des Thoraxradiogramms beim Säugling. Deutsches Arch. f. klin. Med., 1912, Bd. CVII, S. 508.

Alberto Bizzarri. Sul valore diagnostico del sintoma di pastia. La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 898.

Charles Daniel. Contribution à l'étude de la valeur diagnostique et pronostique de la tuberculine chez le nourrisson. Thèse de Paris, 1912, Nr. 352.

Alfred Devilliers. Recherches de thermométrie chez le nouveau-né. Thèse de Paris, 1912, Nr. 239.

Louis Fischer. Lumbar puncture, an aid to diagnosis. Its value in relieving convulsions. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 131.

Le Grand Kerr. Abdominal distress in children beyond infancy. (Leibschmerzen bei Kindern jenseits des Säuglingsalters.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 418.

Little. Diagnosis of bone diseases in children. (Diagnostik der Knochenerkrankungen bei Kindern.) Amer. Journ. Obstet., Oktober 1912.

Nobécourt. Recherche du bacille de Koch dans les urines d'enfants atteints d'allections diverses, par l'inoculation au cobaye. (Nachweis des Kochschen Bazillus im Kinderurin durch Impfung auf Meerschweinchen.) Société d'études scientifiques sur la tuberculose, Paris, November und Dezember 1912.

L. Ribadeau-Dumas und **Albert-Weil.** Diagnostic radiologique de la granulie chez le nourrisson. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 2, S. 102.

Gottfried v. Ritter. Über die klinische Verwendbarkeit der Azetonreaktion in der Kinderpraxis. Jahrbuch f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVII, S. 146.

Rousseau-Saint-Philippe. Le diagnostic du „cri" chez l'enfant. (Diagnose des Schreiens beim Kinde.) La clin. infant., 1913, Bd. X, S. 17.

Johann Steininger. Semiotisches über Lumbalpunktate von Kindern. Dissertation, München 1912 (R. Müller & Steinicke).

G. Variot. Les applications de la radiologie à l'étude des maladies du nourrissons. (Radiologie zum Studium der Säuglingskrankheiten.) La clin. infant., 1912, Bd. X, S. 737.

Pharmakologie und Toxikologie.

W. F. Boos. Alcohol as a drug. (Alkohol als Arzneimittel.) Boston Med. and Surg. Journ., 1912, Bd. CLXVII, S. 81.

Vittorio Brun. La morfina nella chirurgia infantile. Gazz. degli osp. e delle Cliniche, April 1912.

Dario Caffarena. Sulla eliminazione del „606" per il latte muliebre. (Ausscheidung von Salvarsan in der Frauenmilch.) La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 295.

Codet-Boisse. Accidents sérieux consécutifs à l'emploi de la teinture d'iode en badigeonnage pré-opératoire chez des enfants. Gazz. hebd. des sciences médicales de Bordeaux, 1912, Nr. 20, S. 235.

Walter J. Dilling. The calculation of drug dosage for children. The Brit. Med. Journ., November 1912, S. 1177.

Fabre und **Verrier.** Anestésie à l'éther chez les nourrises. (Äthernarkose bei Ammen.) Lyon méd., 1912, Bd. CXIX, S. 493.

William H. Fitch. The food and medicinal value of wine. (Alimentäre und medikamentöse Bedeutung des Weines.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 102.

Godemel. L'anesthésie à l'éther chez les nourrices: influence sur le nourrisson. Thèse de Lyon, 1912, Nr. 138.

Guinon. Sur la communication de M. Lesné relative à l'inefficacité de la sérothérapie par voie rectale. Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 2, S. 55.

Lesné und **Dreyfus.** Inefficacité de la sérothérapie antidiphtérique par voie digestive. Société médicale des hopitaux. Paris, 14. Februar 1913.

E. Lesné und **L. Dreyfus.** Inefficacité de la sérothérapie par voie rectale. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 31.

Paterson. Administration of anesthetics to children. (Narkose bei Kindern.) Journ. Med. Soc. New Jersey, November 1912.

O. Schäfer. Erfahrungen mit Bromural in der Kinderpraxis. Die Therapie der Gegenwart, März 1912, S. 142.

George Dow Scott. Value of pertussis vaccine. (Der Wert der Pertussis-Vakzine.) New York Med. Journ., 1913, Bd. XCVII, S. 176.

Shaw. The child and fresh air. (Freiluftbehandlung der Kinder.) Albany Med. Annals, Dezember 1912.

Weill, Morell und **G. Mouriquand.** L'absorption rectale des arséno-aromatiques (606) chez l'enfant. (Rektale Absorption von Salvarsan.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 7, S. 332. Lyon méd., 1912, Bd. CXIX, S. 45.

Serologie und Immunitätslehre.

Cassoute. Résultats différents du Wassermann chez deux jumelles. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 3, S. 179.

Hallé und **Marcel Bloch.** Choc anaphylactique dans la sérothérapie antidiphtérique. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 2, S. 76.

J. Leclerc und **P. Culot.** La maladie du sérum. (Die Serumkrankheit.) Gaz. des hôp., 1912, Bd. LXXXV, S. 1697.

Ed. Lesné und **Ch. Richet fils.** Anaphylaxie alimentaire aux oeufs. Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 81.

A. Serra und **A. Gentili.** Raezione di Wassermann nel sangue del cordone ombelicale, nel sangue materno e nel sangue fetale dopo la nascita. (Wassermann-Reaktion im Blute der Nabelschnur, im Blute der Mutter und des Fötus nach der Geburt.) Annali di ostetricia et ginecologia, Dezember 1911, S. 449.

Entwicklung und Sprache.

C. S. Armand. Retard de développement chez un prématuré hérédo-tuberculeux. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 34.

E. Bonnaire und **G. Durante.** Arrêt de développement limité des enveloppes cutanée et osseuse du crane. La Presse méd., 1913, Nr. 20, S. 185.

George Dock. Defective development from arthritis in early life. (Mangelhafte Entwicklung als Folge von Arthritis in jugendlichem Alter.) Amer Journ. of the Med. Sciences, 1912, Bd. CXLIV, S. 469.

Charles Herrmann. One hundred infants followed from birth to the end of the first year. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 97.

Rolf Lutz. Die körperliche Entwicklung des Neugeborenen. Zentralbl. f. Gynäkol., 1912, Bd. XXXVI, S. 1577.

Josef O. Vértes. Das Wortgedächtnis im Schulkindesalter. Zeitschr. f. Psychol., 1912, Bd. LXIII, S. 19.

Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.

E. C. Aviragnet. Contrôle de l'elevage des nourrissons. Le Nourrisson, 1913, Bd. I, S. 21.

L. Bahr und **A. Thomsen.** Fortgesetzte Untersuchung über die Ätiologie der Cholera infantum. Zentralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. CXVI, S. 365.

Barbour. Enteric therapeusis in children. (Darmtherapeutik bei Kindern.) Kentucky Med. Journ., 1. Dezember 1912.
Wachenheim (New York).

M. R. Butler. Acute gastro-enteric infection of infants and children. Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 94.

Martin Calvary. Die Bedeutung des Zuckers in der Säuglingsnahrung. Ergebnisse d. innern Med. u. Kinderheilk., 1913, Bd. X, S. 699.

Isaac Camhi. Les vomissements par insuffisance d'alimentation chez le nourrisson. Symptômes, diagnostic, traitement. Thèse de Paris, 1912, Nr. 459.

Xavier Cazalas. Le lait desséché, étude de son emploi dans l'alimentation de la première enfance. (Trockenmilch und ihre Verwendung in der Säuglingsernährung.) Thèse de Lyon, 1912, 170 Seiten.

Chapin. The properties, uses and indications of the various carbohydrates used in infant feeding. (Die Eigenschaften und Verwendung der verschiedenen Kohlehydrate bei der Säuglingsernährung.) Journ. Amer. Med. Assoc., 21. Dezember 1912.

Ralph Oakley Clock. Intestinal implantation of the bacillus lactis bulgaricus in certain intestinal conditions of infants, with report of cases. (Intestinale Implantation des Bacillus lactis bulgaricus bei gewissen Verdauungsstörungen der Säuglinge, mit Bericht über Krankheitsfälle.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LVIII, S. 2017.

Henry L. Colt. Requistite standards for raw materials in the successful substitute feeding of infants. (Wünschenswerte Qualität der Rohmaterialien bei der erfolgreichen künstlichen Ernährung der Säuglinge.) Archives of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 431.

Comby, Trois cas de scorbut infantile. Arch. de méd. des enfants, Bd. 16, H. 2, S. 128. Thorspecken (Bremen).

Cowie. A graphic chart method of studying and teaching the principles of infant feeding. (Graphischer Plan zum Studium der Säuglingsernährung.) Amer. Journ. Dis. Child., Dezember 1912.

F. G. Crookshank. Some considerations on infant feeding. The Brit. Journ. of Child. Dis., 1912, Bd. IX, S. 481.

Alexander C. Eastman. Our present knowledge of the physiology and chemistry of gastric digestion as applied to vomiting in infancy. (Unsere gegenwärtigen Kenntnisse der Physiologie und Chemie der Magenverdauung in ihrer Anwendung auf das Erbrechen im Säuglingsalter.) Boston Med. and Surg. Journ., 1912, Bd. CLXVII, S. 215.

Percival J. Eaton. Problems of infant feeding illustrated by cases and charts. Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 808.

Farr. An objective method of teaching food values and food requirements. (Objektive Belehrung über Nahrungswert und Nahrungsbedarf.) Arch. of Pediatrics, Dezember 1912.

Nicola Fedele. Se si debba permettere od interdire l'allattamento alle donne albuminuriche, colla complicanza o senza, di altre malattie acute. (Soll man albuminurischen Frauen das Stillen erlauben oder verbieten?) La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 831.

Albert Feret. Des indications physiologiques et cliniques du sevrage. (Physiologische und klinische Indikationen fürs Abstillen.) Thèse de Paris, 1911/1912, Nr. 291.

Fischer. Infant feeding. (Die Säuglingsernährung.) New York Med. Journ., 16. November 1912.

W. E. Fitch. Modified cows milk as a substitute food in infant feeding. (Modifizierte Kuhmilch als Ersatznahrung zur Säuglingsernährung.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 627.

André Floquet. Nourrisson très atrophique atteint de division du voile du palais. Elevé heureusement au biberon et primé dans un concours de bébés. La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 146.

— Selles vertes et liquides chez un nourrisson exclusivement au sein. Légère toxicité du lait de la mère disparaissant par l'allaitement mixte. La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 115.

Else Anna Frank. Die Anwendung der Molketherapie bei ruhrartigen Darmkatarrhen und ihre Erfolge. Jahrbuch f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVII, S. 163.

Freeburg. Constipation as cause of gastro-intestinal disturbance in children. (Obstipation als Ursache von Magendarmstörungen bei Kindern.) Journ.-Lancet, 15. Dezember 1912.

Conway A. Frost. Cases of infantile scurvy. (Fälle von infantilem Skorbut.) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 857.

Karl Glass. Die Menstruationsverhältnisse der Stillenden. Dissertation, Jena 1912 (G. Neuenhahn).

Graening. Infant feeding. (Säuglingsernährung.) Journ. Iowa State Med. Soc., August 1912. Wachenheim (New York).

Joseph W. Gregory. Infantile malnutrition; report of a case. Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 682.

C. Griebel. Beiträge zur Überwachung des Verkehrs mit Yoghurt und Yoghurtpräparaten. Zeitschr. z. Untersuchung v. Nahrungsmitteln, 1912, Bd. XXIV, S. 541.

Sidney V. Haas. The administration of bichlorid of mercury to the mother, for its effect upon digestive function of the nursling. (Die Verabreichung von Quecksilberchlorid an die Mutter zur Erzielung einer Wirkung auf die Verdauungsfunktion des Säuglings.) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 499.

Paul Heim. Die Rolle der Wärmestauung und Exsikkation bei der Intoxikation der Säuglinge. Arch. f. Kinderheilk., 1912, Bd. LIX, S. 91.

Hillenberg. Betrachtungen über den Einfluß der natürlichen und künstlichen Ernährung auf die körperliche Entwicklung der Säuglinge im Stadt- und Landkreis Zeitz. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1912, Bd. VI, S. 157.

Hustin-Houyoux. Troubles digestifs causés chez les enfants par certaines anomalies congénitales de l'intestin. Le Progrès Méd., 1912, Bd. XVIII, S. 137.

V. Hutinel und **P. Nobécourt.** Les colites aigues chez les enfants. (Akute Kolitis bei Kindern.) Rev. de thérap., 1913, Bd. LXXX, S. 1. Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 161.

Johnson. Diarrhea in bottle-fed infants. (Diarrhöe bei künstlich genährten Säuglingen.) Vermont Med. Monthly, 15. Dezember 1912.

— Infant-feeding. (Säuglingsernährung) Arizona Med. Journ., Oktober 1912.

Maynard Ladd. A short method of calculating percentage modifications. (Schnelle Methode zur Prozentualberechnung.) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 819.

Janet E. Lane-Claypon. Über den Wert der gekochten Milch als Nahrung für Säuglinge und junge Tiere. Ergebnisse d. inneren Med. u. Kinderheilk., 1913, Bd. X, S. 635.

Little. The marantic infant. (Säuglingsmarasmus.) Amer. Journ. of Obstet., November 1912.

Litzenberg. Long interval feeding of premature infants. (Lange Intervalle in der Fütterung frühgeborener Säuglinge.) Amer. Journ. Dis. Child., Dezember 1912.
Verf. erzielte gute Resultate mit 4stündlichen Intervallen.

F. Lust. Die Durchlässigkeit des Magendarmkanals für heterologes Eiweiß bei ernährungsgestörten Säuglingen. Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1913, Bd. LXXVII, S. 243.

Franz Lust. Kuhmilch-Idiosynkrasie und Anaphylaxie. Med. Klin., 1912, Bd. VIII, S. 1735.

J. Ross Mackenzie. Observations on saline solution in epidemic diarrhoea. (Beobachtungen über die Wirkung von Salzlösungen bei epidemischen Durchfällen.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1912, Bd. IX, S. 343.

John B. Manning. Infectious diarrhea in infancy and childhood. (Infektiöse Diarrhöe im Säuglings- und Kindesalter.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 553.

Luigi Maramaldi. Di un razionale e completo alimento per sani ed ammalati. La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 907.

A. B. Marfan. La ration alimentaire de l'enfant au sein. Le Nourrisson, 1913, Bd. I, S. 65.

Morgan. Feeding problems in infantile diarrhea. (Nährprobleme bei Säuglingsdiarrhöe.) Ohio State Med. Journ., Dezember 1912.
Wachenheim (New York).

Paul Morin. Etude des gastro-entérites toxiques dues à l'ingestion de lait provenant de vaches nourries de résidus industriels. Thèse de Paris, 1912, Nr. 214.

Morse. Intestinal toxemia in the new-born. (Darmtoxämie bei Neugeborenen.) Amer. Journ. Dis. Child., Oktober 1912.

Frank C. Neff. Personal observation upon the use of the caloric method of infant feeding. (Anwendung der Kalorienmethode bei der Säuglingsernährung.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 677.

Nobécourt und **Maillet.** Azotémie et athrepsie. — La forme athrépsique de l'azotémie des nourrissons. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 8, S. 435.

Nobécourt und **Maillet.** Chlorurémie et azotémie chez les nourrissons. Le Nourrisson, 1913, Bd. I, S. 75.

Nobécourt und **Maillet.** La forme somnolente de l'azotémie du nourrisson. Son diagnostic avec la méningite tuberculeuse. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 7, S. 340.

W. P. Northrup. Infantile scurvy and modern conditions. (Infantiler Skorbut und moderne Zustände.) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 665.

Th. A. Ossinin. Zur Frage über den Einfluß von künstlicher Ernährung auf biologische Eigenschaften des Organismus in dessen frühem Alter. Arch. f. Kinderheilk., 1912, Bd. LIX, S. 98.

Ostheimer. Infant feeding. (Säuglingsernährung.) Lancet-clinic, 2. November 1912.

J. Peiser. Die Kochkiste als Kühlkiste für die Säuglingsnahrung. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1912, Bd. VI, S. 142.

Pierre Pironneau. Essai de classification étiologique des diarrhées infantiles. Thèse de Paris, 1912, Nr. 300.

Eric Pritchard. Some practical points in the management of breast-feeding. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 164.

Remy. De la diarrhée des nourrissons. Etude de coprologie par la clinique et par les procédés de laboratoire (en particulier par la méthode de M. Triboulet). Thèse de Nancy, 1912, Nr. 25,

Iwan Rosenstern. Hunger im Säuglingsalter und Ernährungstechnik. Deutsche med. Wochenschr., 1912, Bd. XXXVIII, S. 1834.

Rousseau-Saint-Philippe. De l'usage intempestif et de l'abus des „farines alimentaires" chez l'enfant; des accidents préparés ou provoqués par elles. (Über den unzeitgemäßen Gebrauch und Mißbrauch der „Nährmehle" beim Kinde; die dadurch vorbereiteten oder hervorgerufenen Zwischenfälle.) Journ. de méd. de Bordeaux, 1912, Bd. XLII, S. 341.

De Sagher. La maladie de Barlow; relation de huit cas de cette affection; essai de traitement prophylactique. Liège méd., 1. Dezember 1912.

Wilhelm Schrape. Experimentelle Beiträge zur Ernährung tierischer Säuglinge mit arteigener und artfremder Milch. Dissertation. Leipzig 1912 (Güntzsches Stiftung).

Sedgwick. Maternal feeding. (Das Stillen.) Amer. Journ. of Obstet., November 1912.

Smith. A graphic feeding chart. (Graphische Nährtafel.) Arch. of Pediatrics, November 1912. Wachenheim (New York).

Charles Hendee Smith. A graphic feeding chart: a method for calculating milk percentages and caloric values. Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 827.

Eustace Smith. Choleraic diarrhea. (Infantile Cholera.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 280.

Alfred Soucek. Erfahrungen mit Tannismut bei Darmkatarrhen der Kinder. Die Therap. d. Gegenwart, April 1912, S. 189.

Thomas S. Southworth. The dextrins and maltose in infant feeding. (Dextrine und Maltose in der Säuglingsernährung.) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 646.

George Frederic Still. Flatulence and colic in infancy. (Flatuleszenz und Kolik beim Säugling.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 425.

Gustav Tugendreich. Kritische Bemerkungen zu der Arbeit von Dr. Hillenberg über den Einfluß der natürlichen und künstlichen Ernährung usw. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1912, Bd. VI, S. 303.

Tweedy. Upon the recent epidemic of so called tumour diarrhoea amony infants. Royal Academy of medecine in Ireland, 15. März 1912.

Rewecca Twerskaia. Contribution à l'étude de l'hémophilie chez les enfants. Thèse méd. de Genève, 1911/12, Nr. 108.

G. Variot und **G. Barret.** Observations cliniques et radiographiques sur la dilatation de l'estomac chez les nourrissons, causée par l'hypo-alimentation. (Klinische und radiographische Beobachtungen über Magendilatation beim Säugling infolge Unterernährung.) Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux, Oktober 1912, S. 371. La clin. infant., 1912, Bd. X, S. 647.

Variot, Lavialle und **Rousselot.** Le lait modifié par l'hypersucrage. (Saccharose dans les dyspepsies infantiles.) La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 161.

Paul Vidal. Le melaena du nouveau-né. Thèse de Paris, 1912, Nr. 69.

E. Weill und **G. Mouriquand.** Recherches cliniques sur le lait albumineux. (Klinische Untersuchungen über Eiweißmilch.) Soc. méd. des hôpitaux de Lyon, Januar 1912.

Weston. Effects of sugars and high percentage of proteids on fermental disorders in children. (Wirkung des Zuckers und hoher Proteinsätze auf Gärungsstörungen bei Kindern.) Journ. South Carolina Med. Assoc., November 1912.

Fritz Wolff. Beiträge zur Entstehung der Melaena neonatorum durch retrograde Embolie, nebst Mitteilung eines Falles von Volvulus beim Neugeborenen. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1912. Bd. LXXII, S. 438.

Ignaz Zadek. Über hämorrhagische Erosionen und Magengeschwüre und ihre Beziehungen zur Melaena neonatorum im Anschluß an vier Fälle bei Säuglingen. Arch. f. Verdauungskrankheiten, 1912, Bd. XVIII, S. 785.

Giovanni Zanetti. A propodito di „fabbisogno di albumina" nel lattante al seno. La Pediatrie, 1912, Bd. XX, S. 881.

Milchwissenschaft und Molkereipraxis.

Edwin Ackermann und **Charles Valencien.** Über das Kupfersulfat-Serum der Milch nach H. Lythgoe. Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungsmittel, 1912, Bd. XXIV, S. 612.

G. B. Allaria. Delle alterazioni della reazione attiva del latte vaccino prodotte dalla cottura. (Durch Kochen verursachte Veränderungen der Reaktion der Kuhmilch.) 1912, Bd. XX, S. 217.

Basch. Plazenta, Fötus und Ovarium in ihrer Beziehung zur experimentellen Milchauslösung. Arch. f. Gynäkol., 1912, Bd. XCVI, S. 204.

H. Bertin-Sans und **Em. Gaujoux.** Les catalases du lait de vache, leur signification au point de vue de la valeur hygiènique du lait. Revue d'hygiène et de police sanitaire, 1912, Nr. 10.

W. Bremer und **W. Greifenhagen.** Abgeänderter Apparat zur Fettbestimmung in der Milch nach Röse-Gottlieb. Zeitschr. z. Untersuchung v. Nahrungsmitteln, 1912, Bd. XXIV, S. 580.

W. Bremer, W. Greifenhagen und **K. Sauerwein.** Beitrag zur Kenntnis der Zusammensetzung der Milch und des zugehörigen Serums. Zeitschr. z. Untersuchung d. Nahrungsmittel, 1912, Bd. XXIV, S. 507.

Henry L. Coit. The code of standards of the american association of medical milk commissions. (Grundsätze der „American association" of medical milk commissions.) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 536.

Henry L. Coit. The effects of heated and superheated milk on the infant's nutrition (recent investigations). Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 122.

J. Comby. Le lait desséché. (Trockenmilch.) Revue générales. Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 49.

Cristadoro. Milk supply. (Milchversorgung.) Med. Record, 23. November 1912.

David J. Davis. Bacteriologic study of streptococci in milk in relation to epidemic sore throat. (Bakteriologische Studien über Streptokokken in der Milch in ihren Beziehungen zu epidemisch auftretender Rachenentzündung.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LVIII, S. 1852.

August Eber. Untersuchungen über den Tuberkelbazillengehalt der Milch und der Molkereiprodukte einer Kleinstadt nebst Bemer-

kungen über die Rolle der Genossenschaftsmolkereien bei der Verbreitung der Tuberkulose. Deutsche tierärztliche Wochenschr., 1912, Bd. XX, S. 457.

G. L. J. Gooren. Hygienische Untersuchungen der Handelsmilch. Zentralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. XXXV, S. 625.

M. Hohenadel. Untersuchungen über Yoghurt mit besonderer Berücksichtigung der Yoghurt-Trockenpräparate. Arch. f. Hygiene, 1913, Bd. LXXVIII, S. 193.

Kohler. La récolte du lait. La Vie agricole, 4. Januar 1913.

Hugo Kühl. Sauermilch und Sauermolken. Molkerei-Zeitung, 1912, Bd. XXVI, S. 1643.

Levin. Significance of bacteria in milk. (Bedeutung der Milchbakterien.) California State Journ. of Med., November 1912.

A. Loir. Les conserves de lait (lait condensé, lait sec, lait stérilisé) dans leur rapport avec l'hygiène des enfants du premier âge. Paris Médical, 9. November 1912, S. 571.

August Mayer. Über experimentell erzeugte Milchsekretion beim Tiersäugling. Münchener med. Wochenschr., 1912, Bd. CIX, S. 2140.

John Mellanby. The coagulation of milk by rennin. (Die Koagulation der Milch durch Labferment.) Journ. of Physiol., 1912, Bd. XL, S. 345.

Wilhelm Müller. Über den Einfluß der Behandlung der Milch auf ihre Labfähigkeit. Biochem. Zeitschr., 1912, Bd. XLVI, S. 94.

Nageotte-Wilbouchewitch. Le lait en poudre. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 2, S. 41.

H. Nowak. Beitrag zur Bestimmung des Saccharosegehaltes in der kondensierten Milch. Zeitschr. f. anal. Chem., 1912, Bd. CI, S. 610.

Robert Ostertag. Kontrolle der Gewinnung und des Verkehrs mit Säuglingsmilch. Zeitschr. f. Fleischhygiene, 1912, Bd. XXIII, S. 1, 25 und 49.

Gaston Reynier. Contribution à l'étude des anomalies de la sécrétion lactée. De la lactation en dehors de la puerpéralité chez la femme adulte. (Anomalien der Milchsekretion. Laktation außerhalb der Wöchnerinnenzeit bei der erwachsenen Frau.) Thèse de Paris, 1911/1912, Nr. 275.

E. C. Rosenow. A study of streptococci from milk and from epidemic sore throat, and the effect of milk on streptococci. (Untersuchungen über Streptokokken der Milch und der epidemischen Halsentzündung und die Wirkung der Milch auf Streptokokken. Journ. of infect. Dis., 1912, Bd. XI, S. 338.

Edwin Henry Schorer. Experimentel studies on milk. With espesial reference to the uniformity of different grades of milk, and the effects of storage upon certified, inspected, and pasteurized milks. Based upon daily observations of samples covering a period of ten months. (Experimentelle Untersuchungen über Milch mit besonderer Rücksicht auf die Gleichmäßigkeit verschiedener Milcharten und auf die Wirkungen des Lagerns auf beglaubigte, untersuchte und pasteurisierte Milch auf Grund täglich fortgesetzter Beobachtungen von Milchproben über eine Zeit von zehn Monaten. Journ. of Infect. Dis., 1912, Bd. XI, S. 295.

Franz Schrakamp. Erkrankungen nach dem Genuß von Milch. Milchwirtschaftliches Zentralbl., 1912, Bd. XLI, S. 385.

Hermann Steng. Die Milch brünstiger Kühe als Kindermilch. Arch. f. Hygiene, 1913, Bd. LXXVIII, S. 219.

Ströbele. Ergebnisse der im Jahre 1910/11 in bäuerlichen Betrieben Württembergs durchgeführten Milchleistungs-Prüfungen. Im Auf-

trage der königl. Zentralstelle für die Landwirtschaft bearbeitet, Stuttgart (E. Ulmer in Kommission) 1912.

Thompson. City milk-supply. (Städtische Milchversorgung.) Journ. Iowa State Med. Soc., Oktober 1912.

Ruth Tunnicliff. The content in antibodies of normal human colostrum and milk. (Der Gehalt des normalen menschlichen Kolostrums und der Milch an Antikörpern. Journ. of Infect. Dis., 1912, Bd. XI, S. 347.

Variot, Lavialle und **Rousselot.** Etude des propriétés anti-émétiques du lait condensé sucré. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 2, S. 44. La clin. infant., 1912, Bd. XI, S. 97.

— La modification du lait par l'hypersucrage (saccharose) dans les dyspepsies infantiles. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 3, S. 109.

Variot, Zuber, Lavialle und **Sédillot.** Essai sur la valeur alibile du lait desséché. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 20. La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 65.

Kenelm Winslow. Certified milk an unsafe food. (Vorzugsmilch, eine ungesunde Nahrung.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 387.

H. Witte. Refraktion des Milchserums und Milchkontrolle. Zeitschr. f. öffentl. Chem., 1912, Bd. XVIII, S. 349.

Stoffwechsel.

H. Barbier. Les rétentions azotées et salines des nourrissons nourris au biberon. — Les atrophiques florides. (Stickstoff- respektive Salz-Retentionen bei Flaschenkindern — Floride Atrophie.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 8, S. 413.

Benoit, Deléarde und **Hallez.** Dosages comparatifs de l'urée dans le sang, le liquide céphalo-rachidien et l'urine des nourrissons atteints de troubles gastrointestinaux, leur valeur pronostique. (Vergleichende Untersuchungen über die Harnstoffmenge im Blute, der Lumbalflüssigkeit und dem Harne von an Magen-Darm-Störungen leidenden Säuglingen. Ihr prognostischer Wert.) Clinique, 1913, Bd. VIII, S. 1.

F. H. Mc Crudden und **H. L. Tales.** The cause of the excessive calcium excretion through the feces in infantilism. (Die Ursache der übermäßigen Kalziumausscheidung durch den Stuhl bei Infantilismus.) Journ. of exper. Med., 1913, Bd. XVII, S. 24.

— The nature and origin of the nitrogenous compounds in the feces in infantilism. (Über Art und Ursprung des N-haltigen Körpers im Stuhle bei Infantilismus.) Journ. of exper. Med., 1913, Bd. XVII, S. 20.

Maurice Dubois und **Karl Stolte.** Abhängigkeit der Kalkbilanz von der Alkalizufuhr. Jahrbuch f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVII, S. 21.

Fernandes Figueira und **Ursulina Lopes.** De la fièvre alimentaire ou syndrome de Finkelstein. (Alimentäres Fieber oder Finkelsteinsches Syndrom.) Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 1.

Henry Koplik und **Burrill B. Crohn.** Fat and nitrogen metabolism in a case of congenital absence of the bile-ducts with a study of ferments of the pancreatic secretion and the feces. (Fett- und Stickstoffwechsel bei einem Fall von kongenitalem Fehlen der Gallengänge mit Untersuchungen über die Pankreasfermente in den Fäzes.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. V, S. 36.

Hugo Kühl. Der Milchzucker. Deutsche Vierteljahrsschrift f. Gesundheitspflege, 1912, Bd. XLIV, S. 500.

Else Liefmann. Die Azetonausscheidung im Urin gesunder und spasmophiler junger Kinder. Jahrbuch f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVII, S. 125, 333.

Friedrich Luithlen. Mineralstoffwechsel eines mit Hafer ernährten Kaninchens bei Zufuhr von oxalsaurem Natrium. Arch. f. exper. Pathol., 1912, Bd. LXIX, S. 375.

Curt Meyer. Zur Kenntnis des Mineralstoffwechsels bei der Rachitis. Jahrbuch f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVII, S. 28.

N. Mutch und **J. H. Ryffel.** Metabolism during rectal feeding. With a note on the presence of creatin in the urine of children. (Der Stoffwechsel bei rektaler Ernährung. Zugleich mit einem Beitrage über das Auftreten von Kreatin im kindlichen Harn.) Guy's hosp. reports, 1912, Bd. LXVI, S. 223.

Francis W. Peabody. Studies of the inorganic metabolism in pneumonia with especial reference to calcium and magnesium. (Studien über den anorganischen Stoffwechsel bei Pneumonie mit besonderer Berücksichtigung des Kalziums und Magnesiums.) Journ. of exper. Med., 1913, Bd. XVII, S. 71.

I. A. Schabad. Über den Kalkstoffwechsel bei Rachitis. Pädiatria, April 1912. Deutsch: Monatsschr. f. Kinderheilk., Originalien, 1912, Nr. 2, S. 63 bis 68. Schlieps (Charkow).

S. Yagi. Über die antitetanische Wirkung der Kalziumsalze. Arch. internat. de pharmacodyn. et de thérap., 1912, Bd. XXII, S. 259.

Fötus und Embryo.

Etienne-Armand Bedu. Contribution à l'étude de certaines variations de poids et de longueur du foetus avant terme (jusqu'au début du 9 mois). Thèse de Paris, 1912, Nr. 332.

O. Grosser. Zur Entwicklung des Vorderarms menschlicher Embryonen bis 5 mm größter Länge. Sitzungsbericht Ak. Wiss., Wien., Wien, math.-naturw. Klasse, 1911, Bd. CXX.

Neugeborene.

Hans Abels. Zur Genese und Symptomatologie intrakranieller Blutungen beim Neugeborenen. Arch. f. Gynäkol., 1913, Bd. IC, S. 1.

Edmund Cautley. Fever in the newborn. The Brit. Med. Journ., Mai 1912, S. 1115.

Lathoud und **Bourret.** Un cas de maladie polycystique chez un nouveau-né. (Fall von polyzystischer Erkrankung bei einem Neugeborenen.) Lyon méd., 1912, Bd. CXIX, S. 491.

Voron und **Gravier.** A propos d'un cas rare d'un enfant pesant 5300 grammes à la naissance. Société des sciences médicales de Lyon, 7. Februar 1912, S. 894.

R. Willette. Au sujet de l'aspiration chez le nouveau-né. La Gynécologie, Juni 1912, Nr. 5, S. 350.

Frühgeburt.

Jean-Marie-Roger Cramouzaud-Donnarieix. Contribution à l'étude de de l'avenir éloigné du prématuré. Thèse de Paris, 1912, Nr. 185.

Francillon. De la mortinatalité et de la vitalité primaires des prématurés dans leur relation avec la cause de prématurité. Thèses de Lyon, 1912, Nr. 130.

Leclercq und **Paquet.** Viabilité des prématurés. Société centrale de médecine du département du Nord, August 1912, 11. Nr. 32.

Diathesen.

E. B. Claybrook. A case of hemophilia. (Ein Fall von Hämophilie.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 1540.

V. M. Richard Fairplay. Spontaneous hemorrhage of the newborn with recovery. (Spontane Hämorrhagie beim Neugeborenen mit Ausgang in Heilung.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 1539.

Jacob Falewitsch. Beiträge zur Kasuistik der Hämophilie. Dissertation, Basel 1912 (Brin & Co.), Nr. 12.

Alfredo Gismondi. Acroasfissia come manifestazione di diatesi essudativa. (Akroasphyxie als Zeichen exsudativer Diathese.) La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 764.

Alfredo Gismondi. Contributo alla terapia degli stati emorragici colle iniezioni di siero. La Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 55.

F. Leclerc und **J. Chalier.** Hémophilie familiale. Essai d'autosérothérapie. (Familiäre Hämophilie. Versuch mit Autoserotherapie.) Lyon méd., 1912, Bd. CXIX, S. 589.

H. Méry. H. Salin und **W. Wilborts.** Deux cas d'hémophilie familiale. — Arthrite hémophilique simulant l'ostéomyélite. Bull. de la Soc. de Pediatrie de Paris, 1913, Nr. 2, S. 86.

M. J. Perkins. Diphtheritic serum used to control bleeding in a hemophiliac. (Diphtherieserum zur Blutstillung bei einem Hämophilen.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 1539.

G. A. Petrone und **C. Vitalle.** Spasmofilia infantile e glandole paratiroidie. (Spasmophilie und Nebenschilddrüsen.) La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 16.

Robert L. Pitfield. Hemophilia neonatorum in a family of four infants. (Haemophilia neonatorum in einer Familie von 4 Kindern.) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 761.

E. Rachmilewitsch. Hautreaktionen von Kindern mit exsudativer Diathese. Jahrbuch f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVII, S. 176.

Sanger. Lymphatic diseases of children. (Lymphatische Erkrankungen der Kinder.) Journ. Oklahoma State Med. Assoc., Oktober 1912.

O. M. Schloß und **L. J. J. Commiskey.** The etiology and treatment of the so-called hemorrhagic disease of the new-born with report of cases. (Ätiologie und Behandlung der hämorrhagischen Diathese Neugeborener mit kasuistischen Beiträgen.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1912, Bd. III, S. 216.

H. Schloeßmann. Studien zum Wesen und zur Behandlung der Hämophilie. Bruns Beitr. z. klin. Chir., 1912, Bd. LXXIX, S. 477.

Karl Stiess und **Erich Stoerk.** Das Blutbild bei lymphatischer Konstitution. Mitteil. d. Gesellschaft f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 48.

Beth Vincent. The treatment of hemorrhagic disease of the newborn. (Die Behandlnug der hämorrhagischen Erkrankung des Neugeborenen.) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 887.

Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen.

Sergej Abramow. Pathologisch-anatomische Studien über experimentelle Diphtherieimmunität. (Beitrag zur Kenntnis der Pathogenese der Diphtherie.) Zeitschr. f. Immunitäts-Forschung, 1912, Bd. XV, S. 12.

Albert. Diphtheria carriers and their relation to medical inspection of schools. (Verhältnis der Diphtherieträger zur Schulaufsicht.) Amer. Journ. of Public Health, Oktober 1912.

Béla Alexander. Syphilis der fötalen Wirbelsäule. Verhandlungen der Röntgengesellschaft. Hamburg 1912, Bd. VIII, S. 152.

M. Raynaud Ardin-Delteil und **M. Coudray.** Spondylite typhique. Nouveau cas observé chez l'enfant. (Typhöse Spondylitis; ein neuer Fall bei einem Kinde.) Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1912, Bd. XXIIX, S. 900.

Aviragnet und **J. Hallé.** Le phénomène d'Arthur gangréneux dans la diphtérie. Soc. méd. des hopitaux, Paris, 24. Januar 1913.

G. Babaud. La méningite cérébro-spinale épidémique du nourrisson. Thèse de Paris, 1912, Nr. 109.

Arrie Bamberger. The vaccine therapy of whooping-cough. (Die Vakzinebehandlung des Keuchhustens.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. V, S. 33.

Emilie-Selma Barbe-Oberlin. Contribution à l'étude clinique des adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses au début chez l'enfant. Thèse de Paris, 1912, Nr. 16.

Amerigo Barlocco. Influenza dell' autolisi sull' attività della tossina difterica. (Einfluß der Autolyse auf die Wirkung des Diphtheriegiftes.) Ann. dello istit. Maragliano, 1912, Bd. VI, S. 205.

Barnes. Epidemic meningitis. Journ. Iowa State Med. Soc., September 1912.

Edouard Benazet. Syphilis héréditaire tardive des os longs chez l'enfant et chez l'adolescent. Thèse de Paris, 1912, Nr. 48.

Fr. Bering. Über kongenitale Syphilis. Entstehung, Erscheinungen und Behandlung. Sammlung zwangloser Abhandlungen a. d. Gebiete d. Dermatol., d. Syphilidol. u. d. Krankheiten d. Urogenitalapparates, 1912, Bd. I, S. 1.

Georg Bernhardt. Die Ätiologie des Scharlachs, Teil 2, Hypothesen, die nicht Bakterien, sondern Protozoen zum Gegenstande haben. Ergebn. d. inneren Med. u. Kinderheilk., 1913, Bd. X, S. 358.

Walter Beyer. Antitoxinuntersuchungen bei Diphtheriekranken, die mit Heilserum behandelt wurden. Deutsche med. Wochenschr., 1912, Bd. L, S. 2353.

— Beweist der Aufsatz von Kleinschmidt (im Hefte vom 3. Juli dieser Zeitschrift) etwas „Zur Frage der Wirksamkeit des Diphtherieserums bei Beteiligung des Nervensystems an der Erkrankung?" Jahrbuch f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVII, S. 65.

H. Kleinschmidt. Erwiderung auf die vorstehenden Bemerkungen des Herrn Dr. Walter Beyer. Jahrbuch f. Kinderheilk., 1913. Bd. LXXVII, S. 69.

Mathilde de Biehler. Ein Beitrag zur Epidemie der Heine-Medinschen Krankheit im Königreiche Polen im Jahre 1911. Jahrbuch f. Kinderheilk. 1913, Bd. LXXVII, S. 348.

J. W. Blooker. Zwei Fälle von Zusammentreffen des Eruptionsstadiums von Scharlach mit Masern. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1912, Bd. II, S. 2144.

Jean Bobrie. Etude sur la syphilis post-conceptionnelle et l'hérédité syphilitique. Thèse de Paris, 1912, Nr. 314.

August Böttger. Über Herzstörungen nach Scharlach. Dissertation, Berlin 1912 (E. Ebering).

S. R. Brainin (Resina). Zwei Fälle von „Fourth disease" (Dukes) respektive „Rubeola scarlatinosa" (Filatow) = „Vierte Krankheit" (der deutschen Autoren). Wratsch. Gas., 1912, Nr. 33.

Schlieps (Charkow).

Brelet. Méningites aigues et réactions méningées des poliomyélites. (Akute Meningitiden und meningeale Reaktionen der Poliomyelitis.) Gaz. des hôp., 1913, Bd. LXXXVI, S. 313.

Ferruccio Brindi. Necrosi del mascellare superiore de morbillo. (Nekrose des Oberkiefers bei Masern.) Gazz. degli osp. e delle clin., April 1912.

Buck. Whooping-cough. (Keuchhusten.) Mississippi Med. Monthly, November 1912. Wachenheim (New York).

Italo Cacciami. Sopra un caso di morte improvisa per adenopatia tracheobronchiale tubercolare. (Plötzlicher Tod durch Tracheobronchialdrüsen-Tuberkulose.) Ospedale dei Bambini in Milano, 1912, Nr. 2.

Sebastiano Cannata. Idrocefalo e sifilide. (Hydrozephalus und Syphilis.) La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 690.

Henri Carrière. und **E. Tomarkin.** Les relations étiologiques entre la variole et la vaccine. (Die ätiologischen Zusammenhänge zwischen Variola und Vakzine.) Rev. méd. de la Suisse Romande, 1912, Bd. XXXII, S. 717.

Marino Catl. Afasia da tifo. (Aphasie bei Typhus.) Riv. di clin. pediatrica, April 1912.

G. Caussade und **E. Joltrain.** Contagion de la diphtérie par porteurs de bacilles à foyer méconnu. Soc. méd. des hopitaux, Paris, 7. Februar 1913.

Alberto Cavazzani. L'iodio nella pertosse ed in altre malattie infettive dell infanzia. (Jod bei Pertussis und anderen Infektionskrankheiten des Kindesalters.) La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 128.

Wilhelm Geelen. Eine eigenartige Form von tuberkulöser Lebererkrankung bei einem 6jährigen Kinde. Charité-Annalen, 1912, Bd. XXXVI, S. 324.

L. Cheinisse. La scarlatine expérimentale. (Der experimentelle Scharlach.) Sem. méd., 1912, Bd. XXXII, S. 601.

J. Michell Clarke. A. case of general infection by the influenza bacillus. (Ein Fall von Allgemeininfektion durch den Influenzabazillus.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXII, S. 1465.

W. Cobliner. Blutdruckmessungen bei erwachsenen Diphtheriekranken. Dissertation, Berlin 1912 (Emil Ebering).

Erich Conradi. Friedlaender-Sepsis mit schweren Nebennierenblutungen in einem Falle von Lues hereditaria. Jahrbuch f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVII, S. 190.

Olimpio Cozzolino. Intorno ad alcune odierne questioni diagnostiche e prognostiche relative alla tubercolosi nell' infanzia. (Diagnostische und prognostische Tagesfragen zur Tuberkulose im Kindesalter.) La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 721.)

R. Crémieu und **A. Lacassagne.** Les complications articulaires de la rougeole. (Gelenkkomplikationen bei Masern.) Gaz. des hôp., 1912, Bd. LXXXV, S. 1905.

W. Greenwood Cuteliffe. Treatment of tuberculous glands of the neck in children. (Behandlung der tuberkulösen Nackendrüsen beim Kinde.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 668.

Deléarde. Traitement de la fièvre typhoide chez l'enfant. L'Echo méd. du nord, August 1912, S. 393.

Delépine. Tuberculosis in children. (Tuberkulose bei Kindern.) Brit. Med. Journ., 1912, Nr. 2685, S. 1371.

Carl Deutschländer. Die spinale Kinderlähmung. Deutsche med. Wochenschr., 1912, Bd. XXXVIII, S. 1883.

– Über die diphtherische Entzündung der Haut und des Unterhautzellgewebes. Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1912, Bd. CXV, S. 310.

Georges Dujol. La méningite cérébro-spinale à pneumocoques du nouveau-né: à propos de deux cas observés. Progrès méd., 1912, Nr. 48, S. 595.

Dunn. Rheumatism in children. (Rheumatismus bei Kindern.) Kentucky Med. Journ., 1. November 1912.

Raoul Dutholt. Un cas de méningite cérébro-spinale épidémique chez un enfant de 4 ans. — Traitement sérothérapique. — Guérison. (Ein Fall von epidemischer Zerebrospinalmeningitis bei 4jährigem Kinde. — Serotherapie. — Heilung.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 7, S. 397.

Franz Ebner. Über Stauungsblutungen in der Haut und ihre Bedeutung für die Diagnose des Scharlachs. Dissertation, Leipzig 1912 (E. Lehmann).

Edgerly. Joint complications in scarlet fever, with special reference to purulent form. (Gelenkskomplikationen beim Scharlachfieber, mit speziellem Hinweise auf die eitrige Form.) Journ. Iowa State Med. Soc., September 1912.

Farmer. Treatment of laryngeal diphtheria. (Behandlung der Kehlkopfdiphtheria.) Journ. Tennessee State Med. Assoc., November 1912. Wachenheim (New York).

Louis Fischer. The treatment of scarlet fever. (Die Behandlung des Scharlachs.) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 493.

Werner Fischer-Defoy. Über Pocken und Pockenimpfung. Schmidts Jahrbücher d. ges. Med., 1912, Bd. CCCXVI, S. 373.

Rudolf Fischl. Vom Scharlach. Med. Klin., 1913, Bd. IX, S. 319.

Simon Flexner. A lecture on the present status of epidemic poliomyelitis. (Vortrag über den gegenwärtigen Stand der epidemischen Poliomyelitis.) Intern. Clin., 1912, Bd. XXII, S. 101.

— Experimental poliomyelitis. Intern. Clin., 1912, Bd. XXII, S. 80.

C. Förster. Über Tuberkulintherapie bei der chirurgischen Tuberkulose des Kindesalters. Beitrag zur Klinik der Tuberkulose, 1912, Bd. XXV, S. 1.

Josef K. Friedjung. Wiederholte Erkrankung an Parotitis epidemica. Jahrbuch f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVII, S. 197.

Gavin Fulton. Pneumococcal infection in infancy and childhood. (Pneumokokkeninfektion im Säuglings- und Kindesalter.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 599.

M. Gioseffi. Scarlattina, nefrite ed allattamento materno. (Scharlach, Nephritis und Stillen.) Riv. de clin. pediatrica, April 1912.

D. J. Glomset. Intraleukocytic bodies in scarlet fever. (Leukozytäre Einschlußkörperchen bei Scharlach.) (Journ. of Infect. Dis., 1912, Bd. XI, S. 468.

L. Gorowitz. Das Neueste über die Ätiologie des Scharlachs. Wratsch. Gas., 1912, Nr. 13. Kurze Literaturübersicht. Schlieps (Charkow).

L. M. Gorowitz. Die akute epidemische Poliomyelitis oder Heine-Medinsche Krankheit. Wratsch. Gas., 1912, Nr. 20. Sammelreferat. Schlieps (Charkow).

John Granger und **C. Kingsley Pole.** The inclusion bodies in scarlet fever. (Die Einschlußkörperchen beim Scharlach.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1913, Bd. X, S. 9.

Frank K. Green. Ancient vs. modern views about pertussis. (Alte gegenüber modernen Anschauungen über den Keuchhusten.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 558.

G. Hedrén. Pathologische Anatomie und Infektionsweise der Tuberkulose der Kinder, besonders der Säuglinge. Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankh., 1912, Bd. LXXIII, S. 273.

W. Hering. Perirenales Hämatom nach Scharlach. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 24.

Hewlett, R. Tanner und **A. T. Nankivell.** The treatment of diphtheria infection by means of diphtheria endotoxin. (Die Behandlung der Diphtherieinfektion mittels Diphtherie-Endotoxin.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXIII, S. 143.

Hill. Clinical diagnosis and treatment of laryngeal diphtheria. (Diagnostik und Behandlung der Kehlkopfdiphtherie.) Journ. Tennessee State Med. Assoc., November 1912.

Eben C. Hill. Important factors in reducing the high death-rate in diphtheria. (Wichtige Faktoren bei der Herabsetzung der hohen Diphtheriemortalität.) Intern. Clin., 1912, Bd. XXII, S. 98.

Bernhard Hillenberg. Kindheitsinfektion und Schwindsuchtsproblem. Deutsche med. Wochenschr., 1912, Bd. XXXIIX, S. 2032.

W. C. Hollopeter. Tue early recognition of tuberculosis in childhood. (Die Frühdiagnose der Tuberkulose beim Kinde.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 75.

Gunnar Holmgren. Über Otitis media perforativa bei Skarlatina. Arch. f. Ohrenheilk., 1912, Bd. XC, S. 52.

C. W. Howard und **Paul F. Clark.** Experiments on insect transmission of the virus poliomyelitis. (Versuche über die Poliomyelitisübertragung durch Insekten.) Journ. of exp. Med., 1912, Bd. XVI, S. 850.

Hymanson. Case of streptococcus empyema complicated with erysipelas. (Streptokokkenempyem mit Erysipel kompliziert.) Amer. Journ. of Obstet., November 1912.

Paul Mc Ilhenny. Hyperemic treatment of acute anterior poliomyelitis. A preliminary report. (Hyperämiebehandlung der Poliomyelitis acuta anterior. Vorläufige Mitteilung.) Boston Med. and Surg. Journ., 1912, Bd. CLXVII, S. 87.)

James Mc Intosh und **Hubert Turnbull.** Transmission to monkeys of virus obtained from english cases of poliomyelitis. (Übertragung des Poliomyelitisvirus englischer Fälle auf Affen.) Lancet, 1913, Bd. CLXXXIV, S. 512.

Walter B. Jordan. A case of rheumatoid arthritis in a child. (Ein Fall von rheumatoider Arthritis bei einem Kinde.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1912, Bd. IX, S. 502.)

Keene. Tuberculosis in children. (Tuberkulose bei Kindern.) Journ. Indiana State Med. Assoc., 15. November 1912.

Felix Klemperer und **Hans Wolta.** Über Behandlungsversuche mit Salvarsan bei Scharlach. Verhandlung des Kongresses für innere Medizin. Wiesbaden 1912, Bd. XXIX, S. 397.

V. N. Klimenko. Examen bactériologique du sang des scarlatineux. (Bakteriologische Blutuntersuchungen bei Scharlachkranken.) Arch. des scienc biol., 1912, Bd. XVII, S. 261.

Kling und **Levaditi.** Etudes sur la poliomyélite aigue épidémique. Soc. de biol., Paris, 15. Februar 1913.

R. Koch. Zur Bedeutung des Vorkommens von Diphtheriebazillen im Harn. Deutsche med. Wochenschr., 1912, Bd. L, S. 2356.

Hellmut Köhlisch, Otto Lubarsch und **Harry Smidt.** Pathologie der spinalen Kinderlähmung. Ergebnisse d. Pathol., 1912, Bd. XVI, S. 1.

John A. Kolmer. Diphtheroid bacilli of the penis, with report of 2 cases of diphtheria following circumcision. (Diphtheriebazilles des Penis — Bericht von 2 Fällen von Diphtherie nach Zirkumzision.) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 94.

Karl K. Koessler. Recent advances in our knowledge of scarlet fever. (Neuere Fortschritte in unserer Erkenntnis über den Scharlach.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 1528.

Paul Krause. Die akute epidemische Kinderlähmung. Verhandlungen d. Gesellschaft f. orthopäd. Chir., 1912, Bd. XI, S. 140.

C. Paget Lapage. Tuberculous infection and tuberculous disease in infancy and childhood. The Brit. Med. Journ., November 1912, S. 1375.

Victor Lapeyre. Considérations cliniques sur l'évolution de la diphtérie survenant pendant ou au décours de la rougeole. Thèse de Paris, 1911, Nr. 59.

Richard Lenzmann. Zur Therapie der Tussis convulsiva. Med. Klin., 1912, Bd. VIII, S. 1789.

Pierre Lereboullet. Appendicite chronique et tuberculose chez l'enfant. (Chronische Appendizitis und Tuberkulose beim Kinde.) Pédiatrie, 1912, Nr. 11, S. 161.

Ch. Leroux und **W. Grimberg.** Enquête sur la descendance de 442 familles ouvrières tuberculeuses. Revue de méd., 1912, Nr. 41, S. 900.

Heinrich Leschcziner. Zur Frage der diagnostischen Bewertung des Rumpel-Leedeschen Scharlachphänomens. Dissertation, Leipzig 1912 (Emil Lehmann).

Lesné und **Françon.** De quelques particularités de l'érysipèle du nouveau-né. Forme clinique avec signes d'insuffisance surrénale. (Besonderheiten des Erysipels beim Neugeborenen. Klinische Form mit Zeichen von Nebennierenninsuffizienz.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 6, S. 307.

E. Levy. Die Behandlung der epidemischen Genickstarre durch Seruminjektionen in die Seitenventrikel. Bericht über einen geheilten Fall. Arch. f. Kinderheilk., 1912, Bd. LIX, S. 72.

E. Loumeau, J. Sabrazès und **L. Muratet.** Echinococcose rénale à formes clinique et anatomique très particulières chez un enfant de onze ans. Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux, 1912, Nr. 20, S. 231.

H. Lowenburg. A Case of cholecystitis due to infection of the gall bladder by the typhoid bacillus in a child three years old. Case report. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 212.

— A case of streptococcic arthritis complicating lobarpneumonia. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 209.

Alfred Luger. Über Kolibazillose unter dem Bilde einer akuten Polyarthritis. Beiblatt z. d. Mitteilungen d. Gesellschaft f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 34.

Francesco Luna. Morte rapida per meningite tubercolare della volta nel decorso di una peritonite tubercolare. La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 203.

Lyle. Diagnosis of tuberculosis in children by laboratory methods. (Laboratoriumdiagnose der Tuberkulose bei Kindern.) Lancet-clinic, 26. Oktober 1912.

Salvatore Maggiore. Contributo alla conoscenza delle distrofie paratubercolari. (Paratuberkulöse Dystrophie.) La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 773.

F. B. Mallory und **A. A. Hornor.** Pertussis: The histological lesion in the respiratory tract. (Histologische Veränderungen im Respirationstrakt beim Keuchhusten.) Journ. of Med. Res., 1912, Bd. XXVII, S. 115.

Jacolyn van Vliet Manning. Prognosis in acute epidemic poliomyelitis as to life and disability. (Über Sterblichkeit und Heilungstendenz bei der akuten, epidemischen Poliomyelitis.) Arch. of diagnosis, 1912, Bd. V, S. 168.

Dora Mantoux. Contribution à l'étude de la tuberculose du nourrisson. Thèse de Paris, 1912, 200 Seiten.

Viktor Ignatius Maresz. Weitere Beiträge zur Frage der Diphtheriebazillenträger. Dissertation, Zürich 1912 (J. J. Meier), Nr. 92.

B. W. Margaritow (St. Petersburg). Ein Fall von Kleinhirntuberkulose bei einem 11jährigen Mädchen. Wratsch. Gas., 1912, Nr. 29. Ausführliche Beschreibung des klinischen Verlaufes und des Sektionsbefundes. Schlieps (Charkow).

Louis Martin. Sur la morbidité et la mortalité par diphtérie. Soc. méd. des hopitaux, Paris, 14. Februar 1913.

E. J. Marzinowsky. Zur Frage über die bakteriologische Diagnostik der Diphtherie. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh., 1912, Bd. LXXIII, S. 185.

H. Méry, H. Salin und **A. Wilborts.** Encéphalopathie scarlatineuse. Début par amaurose. Réaction méningée toxique. (Hirnerkrankung bei Scharlach. Beginn mit Amaurose. Toxische menigeale Reaktion.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 9, S. 484.

D. J. Milton Miller. On the diagnosis of atypical scarlet fever. (Über die Diagnose bei atypischer Skarlatina.) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 289.

A. Molodenkoff. Das Fleckfieber bei Kindern nach dem Material des Morosoffschen Kinderkrankenhauses in Moskau während der Epidemie des Jahres 1911. Arch. f. Kinderheilk., 1912, Bd. LIX, S. 199.

Max Neisser. Untersuchung auf Diphtheriebazillen und Bekämpfung der Diphtherie. Med. Klin., 1912, Bd. VIII, S. 1621.

Leon J. Nenville. The Bass-Watkins typhoid test. (Die Bass-Watkinssche Thyphusreaktion.) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 194.

A. Netter. La contagiosité de la poliomyelite. Journ. de méd. de Paris, 1912, Nr. 16, S. 315.

-- Vaccination antianaphylactique dans la méningite cérebrospinale. Nécessité d'employer des doses très minimes de sérum. Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris. 1912, Bd. XXVIII, S. 401.

Arnold Netter und **Mathieu-Pierre Weil.** La déviation du complément dans la coqueluche. Soc. de biol., Paris, 1. Februar 1913.

Gottfried Niehaus. Ein Beitrag zur Kenntnis der Poliomyelitis anterior acuta infantum. Dissertation, Kiel 1912.

Alfred Niepelt. Die Tuberkulose der weiblichen Genitalien im Kindesalter. Dissertation, Leipzig 1912 (R. Noske).

Nietner. Inaugural Lecture of the modern combat against tuberculosis amongst children. The Lancet, November 1912, S. 1343.

P. Nobécourt. Angines diphtériques à bacilles courts, bénignes et graves chez un même enfant. Pédiatrie, 1912, Nr. 9, S. 132.

P. Nobécourt und **Darré.** Recherches sur la bacillémie tuberculeuse chez les enfants par l'injection du sang au cobaye. (Untersuchungen über die tuberkulöse Bazillämie bei Kindern durch Injektion ihres Blutes bei Meerschweinchen.) Bull. de la Soc. d'étud. scient. sur la tubercul., 1912, Bd. II, S. 176.

D'Oelsnitz. Les indications de l'héliothérapie dans le traitement de la péritonite tuberculeuse. — A propos de trois cas graves rapidement guéris. (Indikationen der Heliotherapie bei Behandlung der tuberkulösen Peritonitis. — 3 schwere, rapid geheilte Fälle.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 8, S. 457.

G. Paisseau. Les séquelles psychiques de la méningite cérébro-spinale épidémique. Pédiatrie, 1912, Nr. 9, S. 129.

G. Paisseau und **Léon Tixier.** Quelques remarques à propos de 1900 cas d'intradermo-réaction à la tuberculine chez l'enfant. Paris méd., 27. Januar 1912.

Harold L. Palmer. A case of malignant scarlet fever; death in 30 hours; necropsy. (Ein Fall von malignem Scharlach. Tod innerhalb 30 Stunden; Autopsie.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXIII, S. 758.

George Parker. Treatment of tetanus with magnesium sulphate, with report of three cases. (Behandlung des Tetanus mit Magnesiumsulfat. Bericht über drei Fälle.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LVIII, 1746.

Francis W. Peabody, George Draper und **A. R. Dochez.** A clinical study of acute Poliomyelitis. (Eine klinische Studie über akute Poliomyelitis.) Monographs of the Rockfeller inst. for medical research., 4, New York 1912.

S. Peltesohn. Über die orthopädisch-chirurgische Behandlung der poliomyelitischen Lähmungen im Kindesalter. Deutsche med. Wochenschr., 1912, Bd. XXXVIII, S. 2026.

Pironneau. La tuberculose chez les nourrissons. Etude clinique — traitement. La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 5.

Edwin H. Place. The bacteriologie diagnosis, intubation and antitoxintreatment of diphtheria. (Die bakteriologische Diagnose, die Intubation und die Antitoxinbehandlung der Diphtherie.) Boston Med. and Surg. Journ., 1912, Bd. CLXVII, S. 393.

M. Ponticaccia. La tintura di iodo nella cura del tifo. (Jodtinktur in der Typhusbehandlung.) La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 377.

René Porak. Complications pulmonaires de la scarlatine. — I. Abcès multiples du poumon, et pyopneumothorax. — II. Infarctus du poumon par thrombose. (Lungenkomplikationen des Scharlachs. — I. Multiple Lungenabszesse und Pyopneumothorax. — II. Lungeninfarkt durch Thrombose.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 9, S. 498.

B. Georg Poetzsch. Über die Behandlung der Diphtherie mit großen und kleinen Serummengen. Dissertation, Leipzig 1912 (A. Edelmann).

Gregor Proschkin. Untersuchung eines Falles von sporadischer akuter Poliomyelitis. (Zieglers Beitr. z. pathol. Anatomie u. allg. Pathol., 1912, Bd. LIII, S. 38.)

Halina Przedpelska. La diphtérie nasale primitive. Thèse méd. de Genève, 1911/12, Nr. 93.

Mario Reano. Morbillo e sue complicazioni. (Masern und ihre Komplikationen.) La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 413.

Robert Rendu. Traitement rationnel de la diphtérie par la chaleur. (Behandlung der Diphtherie mit Hitze.) Lyon méd., Januar 1912, Nr. 3, S. 8.

L. Revillet. Traitement de la tuberculose infantile sur le littoral méditerranéen, par les cures marines et solaires. (Behandlung der Kindertuberkulose an der Mittelmeerküste durch Seebäder und Insolation. Ann. de méd. et chir. infant., 1913, Bd. XVII, S. 4.

L. Ribadeau-Dumas. Les localisations initiales de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant. (Initiallokalisation der Lungentuberkulose beim Kinde.) La clin. infant., 1912, Bd. X, S. 587.

L. Ribadeau-Dumas, A. Weill und **Maingot.** Etude radiologique de la tuberculose pulmonaire du nourrisson. (Radiologisches Studium der Lungentuberkulose beim Säugling.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 8, S. 442.

E. Rist. La localisation initiale de la tuberculose pneumonaire chez l'enfant et chez l'adulte. (Initiallokalisation der Lungentuberkulose beim Kinde und beim Erwachsenen.) La clin. infant., 1912, Bd. X, S. 513.

J. D. Rolleston. The blood-pressure in scarlet fever. (Der Blutdruck beim Scharlach.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1912, Bd. IX, S. 444.

Alcino Rongel. Rapport entre la tuberculose et l'asthme dans l'enfance. Arch. de méd. des enfants. 1913, Bd. XVI, S. 95.

H. Rouèche. Anomalies de la rougeole au cours de l'épidémie 1911/12. (Rougeole en deux temps. Rashs prérubéoliques. (Verlaufsanomalien der Masern während der Epidemie 1911/12. Zweizeitige Maserneruption. Prämorbillöse Rashs.) Journ. de méd. de Paris, 1912, Bd. XXXII, S. 635.

Royal Storrs haynes. The prevention of the commoner contagious diseases of infancy and childhood. (Verhütung der häufigeren Infektionskrankheiten beim Säugling und Kinde.) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 257.

Arthur Saunders. A clinical lecture on acute poliomyelitis. (Klinischer Vortrag über akute Poliomyelitis.) Clin. journ., 1912, Bd. XL, S. 343.

E. W. Saunders, Walter Johnson, J. Wistar White und **John Zahorsky.** Pertussis vaccine as a curative and prophylactic agent. (Keuchhusten-Vakzine zur Therapie und Prophylaxe.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 161.

J. C. Schippers und **Cornelia de Lange.** Die Leukozyteneinschlüsse von Döhle und deren Bedeutung für die Diagnose von Scharlach. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1912, Bd. II, S. 2138.

Felix Schleissner. Die Ätiologie des Scharlachs, Teil 1. Ergebn. d. inneren Med. u. Kinderheilk., 1913, Bd. X, S. 342.

Fedor Schmey. Vom Wesen der Skrofulose. Tuberculosis, 1912, Bd. XI, S. 385.

Christian Schöne. Über neuere Fragen der Pathologie und Therapie der Diphtherie. Fortschritte d. deutschen Klin., 1912, Bd. XIV, S. 163.

R. Schultz. Diphtherie-Erkrankungen und -Sterbefälle im preußischen Staate und im Stadtkreise Berlin während der Jahre 1902 bis 1911. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1913, Bd. XXVI, S. 104.

D. Selliger. Scharlachimpfungen in der Praxis der Landschaftsärzte. Wratsch. Gas., 1912, Nr. 13. Literaturübersicht über Mitteilungen von Landschaftsärzten über Scharlachschutzimpfungen mit Gabritschewsky-Serum. Schlieps (Charkow).

A. L. Skoog. Pathologic study of a case of acute poliomyelitis. (Pathologische Untersuchung eines Falles von akuter Poliomyelitis.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 1180.

George G. Smith. Two cases of orchitis due to mumps treated by operation. (Zwei Fälle von Orchitis nach Mumps, operativ behandelt.) Boston Med. and Surg. Journ., 1912, Bd. CLXVII, S. 323.

Moritz Sonnenberger. Neuere Beiträge zur Pathogenese, Ätiologie, Prophylaxe und Therapie der Tuberkulose des Kindesalters. Kinderarzt, Leipzig 1912, Bd. XXIII, S. 193.

A. Sophian. An analytical study of twenty cases of infantile paralysis (poliomyelitis). (Analytische Studie von 20 Fällen von Kinderlähmung (Poliomyelitis).) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 165.

Arthur Stern. Unusual complications of infections diseases in childhood, with report of cases. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 134.

Fritz Tedesko. Über Arthrigonbehandlung der Arthritis gonorrhoica. Beiblatt z. d. Mitteilungen d. Gesellschaft f. innere Med. u. Kinderheilkunde, 1913, Bd. XII, S. 46.

F. Terrien. Paralysie des deux droits externes d'origine diphtérique. Traitement par la sérothérapie. Guérison. (Lähmung der beiden Externi dextri diphtherischen Ursprungs. Behandlung mit Serotherapie.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 2, S. 49.

F. Terrien, L. Babonneix und **Dautrelle.** Sur un cas singulier d'hérédosyphilis nerveuse. (Ein besonderer Fall von nervöser Erbsyphilis.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 9, S. 491.

Ad. Thiele. Die Bekämpfung der Tuberkulose an den städtischen Volksschulen in Chemnitz. Der Schularzt, 1913, Bd. XI, S. 49.

Touchard und **Meaux-Saint-Marc.** Poliomyélite antérieure aigue au cours de la syphilis secondaire. (Poliomyelitis anterior acuta im Verlaufe sekundärer Syphilis.) Soc. de neurol., Paris, 3. Januar 1913.

Mérigot de Treigny und **Meslay.** Rheumatisme cérébral à forme choréique chez une fillette de 14 ans. (Zerebraler Rheumatismus in chronischer Form bei einem 14jährigen Mädchen.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 6, S. 310.

W. H. Trethowan. Acute anterior poliomyelitis: an account of recent important experimental and epidemiological investigations in Sweden. (Poliomyelitis acuta anterior: ein Bericht über neuere wichtige experimentelle und epidemiologische Forschungen in Schweden.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXIII, S. 938.

H. Triboulet. Pseudo-occlusion intestinale et septicémie à pneumocoque. (Pseudodarmverschluß und Pneumokokkensepsis.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 1, S. 19.

Ruth Tunnicliff. Observations on the phagocytic activity of the leukocytes in measles. (Beobachtungen über die phagozytäre Kraft der Leukozyten bei Masern.) Journ. of Infect. Dis., 1912, Bd. XI, S. 474.

Tunnicliff. Phagocytic activity of the leucocytes in measles. (Phagozytose bei Masern.) Journ. Infect. Dis., November 1912.

Edouard Verdoux. Contribution à l'étude de l'angine diphtérique maligne d'une série de cas graves observés et traités à l'hôpital Bretonneau. Thèse de Paris, 1912, Nr. 298.

Richard Walter. Zur Histopathologie der akuten Poliomyelitis. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 1912, Bd. XL, S. 79.

E. Weill. Les angines ulcéro-perforantes de la scarlatine. Le Progrès méd., 1912, Nr. 23, S. 283.

Siegfried Wolff. Postdiphtherische Fazialislähmung. Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1913, Bd. LXXVII, S. 194.

S. S. Woody. The diazoreaction in scarlet fever and serum sickness. (Diazoreaktion bei Skarlatina und Serumkrankheit.) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 12.

Yerington. 23 Children treated with salvarsan. (Behandlung von 23 Kindern mit Salvarsan.) California State Journ. of Med., Oktober 1912.

Young. Measles outbreak in Chicago. (Masernausbruch in Chicago.) Amer. Journ. of Public Health, Oktober 1912.

Max Zarfl. Angeborene Syphilis und angeborene Tuberkulose bei einem 24 Tage alten Mädchen. Mitteilungen d. Gesellschaft f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 17.

La fièvre typhoide chez les nourrissons. Revue générale. Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 213.

La vaccination antityphique chez les enfants. Les vaccins polyvalents du professeur Vincent M. Chantemesse et son serum. (Vakzination gegen Typhus bei Kindern. Polyvalente Vakzine von Prof. Vincent M. Chantemesse und sein Serum.) La clin. infant., 1912, Bd. X, S. 641.

Zirkulationsapparat.

Calhoun. Course, prognosis and treatment of endocarditis in children. (Verlauf, Prognose und Behandlung der Endokarditis bei Kindern.) Amer. Journ. Obstet., September 1912.

D. Escudero. Lesiones aorticas heredo-sifiliticas del nino. (Hereditärluetische Aortenveränderungen beim Kinde.) Rev. de la soc. méd. argentina, 1912, Bd. XX, S. 448.

Georg B. Gruber. Zwei Fälle von Dextropositio des Aortenbogens. Frankfurter Zeitschr. f. Pathol., 1912, Bd. X, S. 375.

Adolf F. Hecht. Über die physiologischen Herzschallverhältnisse im Kindesalter. Beiblatt z. d. Mitteilungen d. Gesellschaft f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 18.

Martin Hohlfeld. Thromboendocarditis ulcerosa beim Säugling. Vortrag, gehalten a. d. Versammlung sächs.-thüring. Kinderärzte in Halle a. S. am 19. Mai 1912.

Eduard Loth. Zur Lehre von der Schriddeschen allgemeinen angeborenen Wassersucht. Deutsche med. Wochenschr., 1912, Bd. XXXIIX, S. 1642.

Franklin P. Mall. On the development of the human heart. (Über die Entwicklung des menschlichen Herzens.) Amer. Journ. of Anatom., 1912, Bd. XIII, S. 249.

R. O. Moon. A case of congenital stenosis of the aorta. (Ein Fall von kongenitaler Aortenstenose.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXII, S. 1531.

Santos Moreira. Contribution à l'étude des maladies de l'appareil circulatoire chez l'enfant. (Krankheiten des Zirkulationsapparates beim Kinde.) Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 11.

Palmer A. Potter. Edema in infants. (Ödem bei Kindern.) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 204.

E. H. A. J. Repellin. De l'anasarque dite essentielle de l'enfance. (Essentielles Anasarka beim Kinde.) Thèse de Lille, 1911, 82 S.)

Saint-Tara. De l'anasarque chez le nourrisson. (Anasarka beim Säugling.) Thèse de Paris, 1912.

Helene Schuster. Haemangioma cavernosum im Herzen eines Neugeborenen. Tygodnik lekarski lwowski, 1912, Bd. VII, S. 837.

Sédillot. Malformation congénitale du coeur et des gros vaisseaux. (Kongenitale Mißbildung des Herzens und der großen Gefäße.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 7, S. 326.

— Malformation congénitale du coeur et des gros vaisseaux, transposition de l'aorte et de l'artère pulmonaire, persistence du canal artériel. (Kongenitale Mißbildung des Herzens und der großen Gefäße, Transposition der Aorta und der Arteria pulmonalis, Persistenz des Ductus arteriosus.) La clin. infant., 1912, Bd. 663.

Stephan-V.-M. Tara. De l'anasarque chez le nourrisson. Thèse de Paris, 1912, Nr. 372.

Fritz Wagner. Ein Fall von metastatischer Karzinomatose des Herzmuskels. Beiblatt z. d. Mitteilungen d. Gesellschaft f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 2.

Respirationsorgane.

Raoul Duthoit. Un cas de pneumonie compliqué de pleurésie et de péricardite purulente à microbe de Cohen (microbe de la méningite cérébro-spinale épidémique). (Pneumonie, kompliziert mit Pleuritis und Pericarditis purulenta aus Cohenschen Mikroben [Mikroben der epidemischen Zerebrospinalmeningitis].) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 7, S. 393.

Ant. Fenewa. La pleurésie séreuse chez l'enfant et l'autosérothérapie. Thèse méd. de Genève, 1911/12, Nr. 50 (J. Studer).

Louis Fischer. Bronchopneumonia in infancy and childhood. Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 68.

Sophie Goldenfann. Contribution à l'étude des broncho-pneumonies prolongées, cachectisantes, pseudo-tuberculeuses chez l'enfant et en particulier de leur diagnostic avec les broncho-pneumonies tuberculeuses. Thèse de Paris, 1912, Nr. 435.

Erich Hoeniger. Über die Tracheostenosis thymica. Bruns Beiträge z. klin. Chir., 1913, Bd. LXXXII, S. 484.

F. Maillet. Sur la bénignité de la pneumonie chez l'enfant en rapport avec l'origine sanguine de la maladie. (Über die Gutartigkeit der Pneumonie im Kindesalter in ihren Beziehungen zum hämatogenen Ursprung der Krankheit. Gaz. des hôp., 1912, Bd. LXXXV, S. 1271 u. 1283.

Robert Marois. Contribution à l'étude thérapeutique des broncho-pneumonies infantiles dans le quartier de la Villette en 1911. Thèse de Paris, 1912, Nr. 279.

Charles Miller. Some points on pulmonary fibrosis in children. (Lungenfibrose bei Kindern.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 722.

Pescher. Nouvelle méthode d'exercices respiratoires progressifs, procédé de la bouteille. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 9, S. 504.

Pironneau. Les épanchements pleureux chez le nourrisson. La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 101.

Porak. Broncho-pneumonie hémorragique. Ulcérations gangréneuses de l'intestin. Péritonite aigue. (Hämorrhagische Bronchopneumonie. Gangränöse Darmulzerationen. Akute Peritonitis.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 9, S. 502.

E. Rach. Angeborener inspiratorischer Stridor congenitus. Mitteilungen d. Gesellschaft f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 22.

Benfjamin Knox Rachford. Acute catarrhal bronchitis. Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 103.

Jules Renault. Pyopneumothorax et bruit du glouglou pleural. (Pyopneumothorax und pleurales Plätschergeräusch.) Bull. de la Soc. de Péd. de Paris, 1912, Nr. 7, S. 373.

Ribadeau-Dumas, Philbert und **Mme. Wolfromm.** Sur un syndrome d'infection secondaire au cours des états broncho-pneumonaires de la première enfance. Soc. méd. des hopitaux, Paris, 28. Februar 1913.

Genia Samaylova. La pneumonie de la première enfance. (Pneumonie im Säuglingsalter.) Thèse de Paris, 1912, Nr. 351.

Savariaud und **Zaepffel.** Deux cas d'extraction de corps étrangers de la trachée et des bronches avec l'appareil de Brünings. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 3, S. 159.

Henry Enos Tuley. Acute catarrhal bronchitis. Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 21.

Variot. Pneumothorax chez un enfant de 2 ans; diagnostic fait par la radiographie. Soc. méd. des hopitaux, Paris, 24. Januar 1913.

Variot und **Rousselot.** Lésions constatées à l'autopsie d'un enfant ayant présenté pendant la vie un bruit de glouglou pleural. (Sektionsbefund bei einem Kinde, bei dem intra vitam ein pleurales Plätschergeräusch zu hören war.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 8, S. 429.

E. Weill und G. Mouriquand. La pneumonie infantile jugée par la radiologie. Paris méd., Dezember 1912, S. 17.

– Les foyers d'hépatisation pneumonique „silencieux" et la radioscopie. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 3, S. 187.

– Les localisations pulmonaires de la pneumococcie sans images radioscopiques. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 3, S. 193.

– Notes cliniques et radiologiques sur la pneumonie du nourrisson. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 3, S. 182.

Blut und blutbildende Organe.

Hugh T. Ashby. The relation of iron to anaemia in infancy and childhood. (Die Beziehungen zwischen dem Eisen und der Anämie im Säuglings- und Kindesalter.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXIII, S. 150.

Mathilde de Blehler. Anémie a type chlorotique chez l'enfant. Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 196.

Bierring. Chloroma. Journ. Amer. Med. Assoc., 19. Oktober 1912. Verf. berichtet über 2 Fälle von Orbitachlorom, mit Abbildungen.

Burgess. Chloroma. Journ. Med. Research., November 1912. Verf. erblickt in dem Chlorom eine Abart der akuten myelogenen Leukämie, keine besondere Krankheit per se.

S. Cannata. Quarta serie di ricerche ematologiche nell' anemia da leishmania. (Blutuntersuchungen bei Leishmaniose.) La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 612.

G. Caronia. Weiterer Beitrag zur Leishmania-Anämie. Arch. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LIX, S. 321.

G. di Cristina. Significato della reazione leucocitaria nella anemia da leishmania. La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 667.

Rocco Jemma. Anemia da Leishmania. La Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 1.

A. Longo. Tentativi immunodiagnostici ed immunoterapeutici nella leishmaniosi infantile. (Immunodiagnostische und immunotherapeutische Versuche bei infantiler Leishmaniose.) Policlinico, Sez. med., 1912, Bd. XIX, S. 446.

G. A. Petrone. Un caso di guarigione di anemia da leishmania. (Ein Fall von Heilung Leishmanscher Anämie.) La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 852.

G. A. Pretone. Sull' etiologia dell' anemia splenica infantile con speciale riguardo all' importanza della sifilide e della tubercolosi. (Ätiologie der Anaemia splenica infantilis mit besonderem Hinweis auf die Bedeutung der Syphilis und Tuberkulose.) La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 801.

August Strauch. Acute lymphatic leukemia in early life. (Akute lymphatische Leukämie im Kindesalter.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. V, S. 43.

J. Takeno. Zur Kenntnis des Verhaltens des Blutes bei den Rheumatosen. Jahrbuch f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVII, S. 53.

Fritz Tedesko. Bemerkungen zur Benzoldarreichung bei Blutkrankheiten. Beiblatt z. d. Mitteilungen d. Gesellschaft f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 7.

Wilhelm Türk. Meine bisherigen Erfahrungen über die Benzolbehandlung der Leukämien, verglichen mit den Ergebnissen anderer Methoden. Beiblatt z. d. Mitteilungen d. Gesellschaft f. innere Med. u. Kinderheilkunde in Wien, 1913, Bd. XII, S. 50.

Gordon R. Ward. A case of nodular leukaemia. (Ein Fall von Leucaemia nodosa.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1912, Bd. IX, S. 348.

Lymphatischer Apparat.

H. H. Briggs. Baneful effects of adenoids in infancy and childhood. (Verderbliche Wirkungen der Adenoiden im Säuglings- und Kindesalter.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 543.

V. Chambellan. Du catarrhe nasal considéré comme la principale cause de la récidive après l'adénotomie. La clin. infant., 1913, Bd. XI. S. 163.

Durif. Les végétations adénoides chez les nourrissons. Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. September 1912.

Lewis W. Ellas. Adenoids in infancy. (Adenoide im Säuglingsalter. Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 538.

Fowler. Cervical adenitis in children. (Zervikaladenitis bei Kindern. Med. Record, 28. Dezember 1912.

Walter K. Hunter. Note in two cases of glandular enlargement. Hodgkin's disease, endothelioma. The Glasgow Med. Journ., Juli 1912.

Henry Koplik. Infections following tonsillotomy with a consideration on the forms of such infections. (Infektion im Anschlusse an Tonsillotomie mit Betrachtungen über die einzelnen Formen derartiger Infektionen.) Amer. Journ. of the Med. Sciences, 1912, Bd. CXLIV, S. 30.

D'Oelsnitz. Quelques considérations sur la radiologie de l'adénopathie trachéo-bronchique. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912. Nr. 7.

D'Oelsnitz und **Paschetta.** Etude radiologique de l'adénopathie trachéobronchique chez l'enfant. (Radiologische Studien der Tracheobronchialdrüsenerkrankung beim Kinde.) Soc. de l'internat des hopitaux de Paris, 26. Dezember 1912.

Pironneau. Les adénopathies trachéo-bronchiques du nourrisson. (Tracheobronchialdrüsen-Erkrankung beim Säugling.) La clin. infant., 1912, Bd. X, S. 654.

Jules Renault und **André Cain.** Lymphadénome de l'amygdale, simulant un chancre syphilitique chez un enfant de sept ans et demi. Soc. de dermatol. et de syphiligraphie, 4. April 1912.

Rolleston (London). Gangrenous angina. The Antiseptic, 1912, Bd. IX. (Keine eigenen Beiträge.) Thorspecken (Bremen).

Smith. Adenoid vegetations of nasopharynx. (Adenoide Wucherungen im Nasenrachenraum.) Illinois Med. Journ., Oktober 1912.

Herbert Spencer. Cervical glands in the uterus of the foetus at terme. Proceedings of the Royal Soc. of Med., Mai 1911, S. 281.

Macleod Yearsley. What adenoids really mean to children? (Welche tatsächliche Bedeutung kommt den Adenoiden im Kindesalter zu?) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 342.

Innere Sekretion.

Edmond Barbey. Tumeurs de l'hypophyse sans acromégalie. Thèse méd. de Genève, 1911/12, Nr. 37 (J. Studer).

H. Béclère und **R. Pignche.** Régression du lobule thymique par les rayons de Röntgen. Bull. officiel de la Soc. française d'électrothérapie et de radiologie, Mai 1912.

Eugen Bircher. Die Ätiologie des endemischen Kropfes. Ergebn. d. Chir. u. Orthopädie, 1913, Bd. V, S. 133.

Georges Jean-Baptiste-Marie Fabre. Sur quelques cas anormaux de maladie d'Adison. Thèse de Paris, 1912, Nr. 229.

F. Franzl. Su di una forma di distiroidismo infantile. (Eine Form von infantilem Dysthyreoidismus.) La Pediatrie, 1912, Bd. XX, S. 117.

Hans Grenacher. Ein Beitrag zur Thymusstenose. Dissertation, Halle 1912.

H. Grenet und **Sédillot.** Hypertrophie du thymus. Radiothérapie. Mort. (Thymushypertrophie, Radiotherapie, Tod.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 9, S. 477.

K. Hochsinger. Ein Fall von infantilem Basedowoid. Mitteilungen d. Gesellschaft f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 11.

Kellner. Athyreosis congenita sporadica. Ärztl. Verein in Hamburg, 2. Januar 1912.

C. G. Kerley und **S. P. Beebe.** A case of delayed development in a boy treated with thymus gland. (Ein Fall von verzögerter Körperentwicklung bei einem Knaben, mit Thymusdrüse behandelt. (Amer. Journ. of the Med. Sciences, 1912, Bd. CXLIV, S. 219.)

Pierre Paul Lévy und **Jean Pellot.** Hypertrophie du thymus. — Thymektomie. — Mort par broncho-pneumonie suraigue. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 7, S. 403.

Christen Lundsgaard. Über Nebennierenblutungen bei Neugeborenen. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., 1912, Bd. CCX, S. 164.

Ferreira de Mira. De l'influence des glandes surrénales sur la croissance. (Über den Einfluß der Nebennieren auf das Wachstum.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol., 1912, Bd. LXXIII, S. 377.

John Lovett Morse. A case of abnormal physical and sexual development in an infant of two years, probably due to a tumor of the pineal gland. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 179.

Charles A. Pettavel. Über eigentümliche herdförmige Degenerationen der Thyreoidea-Epithelien bei Purpura eines Neonatus. Dissertation, Bern 1911/12, Nr. 54 (Georg Reimer, Berlin).

M. A. Souques. L'infantilismus et l'insuffisance de la sécrétion interne du testicule. (Der Infantilismus und die Insuffizienz der inneren Sekretion des Hodens.) La Presse méd., 1912, Bd. XX, S. 549.

E. Terrien. Sur l'origine surrénale des vomissements dits acétonémiques. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 2, S. 66.

Victor Veau. A propos de la communication de M. Weil sur le traitement par la radiothérapie de l'hypertrophie du thymus. (Behandlung der Thymushypertrophie mit Radiotherapie.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 8, S. 426.

E. Albert-Weil. Trois nouveaux cas d'hypertrophie du thymus, traités et guéris par la radiothérapie. (3 Fälle von Thymushypertrophie, behandelt und geheilt durch Radiotherapie.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 7, S. 382.

E. Weill und **M. Péhu.** Sur deux cas d'hypertrophie thymique traités avec succès par la radiothérapie. La Pédiatrie pratique, 1912, Nr. 12, S. 206.

Zuber. Myxoedème congénital. Jeune homme de 21 ans suivi et traité par l'opothérapie thyroidienne depuis l'âge de 8 ans. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 2, S. 57.

Verdauungstraktus.

Jacques Amyot. Traitement des entérites chroniques par les injections souscutanées d'eau de mer. Thèse de Paris, 1912, Nr. 370.

F. Bienvenue. Diverticulites et occlusion intestinale diverticulaire. Thèse de Paris, 17. Juli 1912.

Camille Collignon. Contribution à l'étude de la dothiénenterie abortive chez l'enfant. Thèse de Paris, 1912, Nr. 43.

Domenico Consorti. Alcune considerazioni sull' elmintiasi dei bambini (e specialmente sull' ascaride lombricoide). (Helmirethiasis beim Kinde; insbesondere über Askariden.) La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 855.

Henri Dufour. Sténose incomplète du pylore chez un nourrisson de six mois. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 3, S. 150.

Abraham Epstein. De la sténose hypertrophique du pylore chez les nourrissons. (Hypertrophische Pylorusstenose beim Säugling.) Thèse de Paris, 1912, Nr. 373.

James Frederic Goodhart. Intestinal parasites in children. (Darmparasiten im Kindesalter.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 351.

Grenet, Sedillot und **Victor Veau.** Hypertrophie congenitale du pylore opéré à l'âge de deux mois. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 3, S. 162.

Guisez. Les sténoses congénitales de l'oesophage. La Presse méd., 1913, Nr. 27, S. 262.

A. Hayashi. Makroglossia congenita neurofibromatosa. Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1912, Bd. CXVIII, S. 456.

A. Henneguier. De l'occlusion intestinale chez le nouveau-né. Thèse de Paris, 1912, Nr. 442.

Gerald S. Hughes und **d'Arcy Power.** Acute irreducible intussusception in a child aged six months; resection; recovery. (Akute unreponierbare Darminvagination bei einem sechs Monate alten Kind; Resektion; Heilung.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXIII, S. 878.

C. Paget Lapage. Congenital hypertrophic stenosis of the pylorus in infancy. (Kongenitale hypertrophische Pylorusstenose im Säuglingsalter.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 409.

Mariano Lo Re. Etiologia e patogenesi dell' enterite dissenteriforme dei bambini. (Ätiologie und Pathogenese der Enteritis dysenteriformis der Kinder.) La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 505 u. 561.

A.-B. Marfan. Rétrécissement congénital du pylore par hypertrophie musculaire chez un nourrisson. (Kongenitale hypertrophische Pylorusstenose beim Säugling.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 6, S. 279.

A. B. Marfan und **A. Baudouin.** Sur un cas de rétrécissement congénital du pylore avec considérations sur l'intoxication d'origine gastrique. Le Nourrisson, 1913, Bd. I, S. 8.

André Martingay. Entérocolites toxiques suraigues de la seconde enfance. Thèse de Paris, 1912, Nr. 297.

Mauclaire. Trois cas de mégacôlon. Soc. de chir., Paris, 22. Januar 1913.

Enrico Mensi. Sull' etiopatogenesi delle megalie congenite del tubo digerente. Megaduodeno — Digiuno — Megaileo — Megasisma — Studio clinico, anatomopatologico. La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 401.

Axel Mitchell. A contribution to the study of appendicitis in children. (Beitrag zum Studium der Appendizitis im Kindesalter.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1912, Bd. IX, S. 355.

Alberto Muggia. Ileo acuto da persistenza del diverticolo di Meckel. La Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 44.

Ombrédanne. Deux cas d'invaginàtion intestinale opérés et guéris chez des enfants de 4 et 5 mois. Soc. de chir., Paris, 5. Februar 1913.

George Peacoke. Oesophagismus in a child. (Ösophagismus bei einem Kinde.) Brit. Med. Journ., 1912, Nr. 2685, S. 1366.

Péraire. Occlusion intestinale chez un nouveau-né atteint de microcolée congénitale avec malformations multiples de l'intestin grêle. Soc. des chirurgiens de Paris, 1912, S. 463.

Marc Perrin. Un cas d'arrêt de développement du gros intestin et de la partie terminale de l'intestin grêle. La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 165.

Godefrey Roger Pisek und **Leon T. Le Wald.** Pyloric obstruction, with a Comparative Study of the normal stomach of infants. (Pylorusstenose und vergleichende Studien über normalen Magen im Kindesalter.) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd XXIX, S. 911.

Larissa Polonsky. Quelques considérations sur la péritonite à pneumocoques chez les enfants. Thèse méd. de Genève, 1911/12, Nr. 91.

C. Rammstedt. Die Operation der angeborenen Pylorusstenose. Zentralbl. f. Chir., 1913, Bd. XL, S. 3. Med. Klin., Nr. 42.

Paul Reglus. Le rétrécissement congénital du rectum. (Die angeborene Verengerung des Mastdarmes.) Presse méd., 1913, Bd. XXI, S. 29.

L. Ribadeau-Dumas und **G. Lévi-Franckel.** Ulcère perforé du duodénum révélé tardivement par une péritonite généralisée à marche rapide chez un nourrisson de six mois. (Perforiertes Duodenalulkus, das spät durch eine rapid verlaufende allgemeine Peritonitis aufgedeckt wurde, bei einem 6monatigen Säugling.) Bull. de la Soc. anatomique, Oktober 1911, S. 585.

Antonio Rodella. Processi intestinali putrido-tossici. (Putrid-toxische Darmprozesse.) La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 379.

H. Rousselot. Dilatation congénitale limitée de l'intestin grêle par des brides fibreuses sans obstruction. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 7, S. 330. La clin. infant., 1912, Bd. X, S. 660.

Hermann Schlesinger. (Angeborenes?) Fehlen der meisten Sehnen- und Hautreflexe bei einem Fall von Ruminatio humana. Mitteilungen der Gesellschaft f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 322.

Charles-L. Scudder. Congenital stenosis of the pylorus: the surgical treatment. (Kongenitale Pylorusstenose: chirurgische Behandlung.) Surgery, Gynecology and Obstetrics, April 1912, S. 373.

Sébileau. Traitement des vomissements chez les nourrissons. Journ. de méd. de Paris, 12. Oktober 1912.

Smith. Appendicitis in children. (Appendizitis bei Kindern.) Journ. Kansas Med. Soc., Oktober 1912.

Richard Steiner. Ein Fall von Hirschsprungscher Affektion. Mitteilungen d. Gesellschaft f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 32.

F. B. Talbot. Acute duodenal indigestion in children. (Akuter Duodenalkatarrh im Kindesalter.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1912, Bd. III, S. 398.

Henry Enos Tuley. Acute enterocolitis in children. (Akute Enterokolitis im Kindesalter.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 320.

B. Weill-Hallé. L'entéro-colite dysentériforme de la première enfance. Le Nourrisson, 1913, Bd. I, S. 93.

B. Weill-Hallé und **Pierre-Paul Lévy.** Maladie de Barlow fruste et production sublinguale (maladie de Riga) chez un nourrisson

convalescent de coqueluche. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 7, S. 368.

Clifford White. Total occlusion of the duodenum in a new-born child. (Totale Duodenal-Okklusion beim Neugeborenen.) The Journ. of obstet. and gynaecol. of the Brith. Empire, April 1912, S. 234.

Max Zarfl. Ein Fall von Hirschsprungscher Krankheit. Mitteilungen d. Gesellschaft f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 18.

Leber und Gallenwege.

Cäsar Amsler. Eigentümliche Nekrosen in der Leber und in der Rinde der Nebennieren eines nicht ganz ausgetragenen, neugeborenen Kindes. Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat., 1912, Bd. XXIII, S. 817.

A. Chauffard. Le pronostic des ictères hémolytiques congénitaux. (Die Prognose des kongenitalen hämolytischen Ikterus.) Bull. méd., 1912, Bd. XXVI, S. 1159.

Maurice Davison. A case of fatal haematemesis in a child due to cirrhosis of the liver. (Ein Fall von tödlicher Hämatemesis infolge von Leberzirrhose bei einem Kinde.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXIII, S. 440.)

Ed. Fournier und **Ed. Joltrain.** Ictère hémolytique congénital d'origine hérédo-syphilitique. Soc. méd. des hopitaux, Paris, 21. Februar 1913.

P. Fredet und **L. Tixier.** Sténose hypertrophique du foie chez un nourrisson; gastro-entérostomie à l'âge de treize jours; guérison. La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 72.

Francis Huber. Acute yellow atrophy in a child three years of age. (Akute gelbe Leberatrophie bei einem 3jährigen Kinde.) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 737.

Enrico Mensi. La diminuzione fisiologica del peso e l'ittero dei neonati. (Physiologische Gewichtsabnahme und Icterus neonatorum.) La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 611.

— Sopra un caso raro di ascesso di fegato in un neonato. (Leberabszeß beim Neugeborenen.) Gazz. degli osp. e delle cliniche, April 1912.

Eugénie Valleix. L'ictère émotif chez l'enfant. Thèse de Paris, 1912, Nr. 321.

G. Variot und **F. Caillau.** Un cas de cirrhose oenolique du foie chez un enfant de huit ans. Examen histologique du foie. (Ein Fall von Leberzirrhose, durch Weingenuß verursacht, bei einem achtjährigen Kinde. Histologischer Leberbefund.) Clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 13. Bull. de la Soc. de Péd. de Paris, 1912, Nr. 9, S. 479.

Zuber. Ictère congénitale par malformation des voies biliaires. (Kongenitaler Ikterus infolge Mißbildung der Gallengänge.) La clin. infant., 1912, Bd. X, S. 658.

Zuber und **Bousselot.** Ictère congénital par maformation des voies biliares. (Kongenitaler Ikterus durch Mißbildung der Gallengänge.) Bull. de la Société de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 7, S. 328.

Pankreas.

Carl Wilms. Die Langerhansschen Inseln des kindlichen Pankreas mit besonderer Berücksichtigung ihrer Zahl. Dissertation, Bonn 1912.

Milz.

G. A. Petrone und **M. Lo Re.** La Röntgenterapie nella splenomegalia infantile. (Die Röntgentherapie bei Splenomegalie im Kindesalter.) La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 30.

Fernande le Scornet. Etudes cliniques de la mégalosplénie dans la première enfance. (Klinische Studien über Splenomegalie im Säuglingsalter.) Thèse de Paris 1912, 172 S., Nr. 437.

Urogenitalsystem.

Hans Abels. Über Harnblasenerkrankungen bei kleinen Mädchen durch bisher nicht beobachtete Fremdkörper. Winer klin. Wochenschr., 1912, Bd. XXV, S. 1833.

Ager. Paroxysmal hemoglobinuria. Amer. Journ. Dis Child., November 1912.

Harold Chapple. Two cases of pneumococcal vulvovaginitis in children. (Zwei Fälle von Vulvovaginitis pneumococcica im Kindesalter.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXII, S. 1685.

Comby. Infantilisme renal. Arch. de méd. des enfants, Bd. 16, H. 2, S. 131. Referat über die Arbeiten von Miller und Parson u. a. Thorspecken (Bremen).

Comby und **de Vaugiraud.** Papillomes verruqueux hypertrophiques de la vulve, bons effects de la radiothérapie. Présentation de malade. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 18.

Samuel Durlacher. Ein Fall von Pseudohermaphroditismus bei einem $1^3/_4$jährigen Kinde und einer scheinbaren Zwitterbildung bei seinem $^1/_4$jährigen Schwesterchen. Deutsche med. Wochenschr., 1912, Bd. XXXIIX, S. 2127.

Paul Fabre. Enorme distension de la vessie et rétention d'urine occasionnée par la présence d'un calcul enclavé dans le canal de urètre. Le Centre méd., 1912.

V. Gomolitsky. Beiträge zur Lehre von der orthostatischen Albuminurie. Zeitschr. f. klin. Med., 1913, Bd. LXXVII, S. 96.

Otto Heubner. Über chronische Nephrose im Kindesalter. Jahrbuch f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVII, S. 1.

V. Hinze und **M. Sorin.** Zur orthostatischen Albuminurie der Tuberkulösen. Beitr. z. Tuberkulose, 1912, Bd. XXIV, S. 255.

Q. W. Hunter und **Frank K. Green.** Anent the ancient operation of circumcision. Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 89.

A. E. Naish. Infantilism with chronic interstitial nephritis. (Infantilismus in Verbindung mit chronischer interstitieller Nephritis.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1912, Bd. IX, S. 337.

Hugo Raubitschek. Über eine bösartige Nierengeschwulst bei einem kindlichen Hermaphroditen. Frankfurter Zeitschr. f. Pathol., 1912, Bd. X, S. 206.

Maurice Rault. De l'hémoglobinurie paroxystique chez l'enfant. Ses rapports avec la syphilis héréditaire. Thèse de Paris, 1912, Nr. 420.

Etienne Roux. Contribution à l'étude des néphrites au cours du purpura. Thèse de Paris, 1911, Nr. 12.

Hermann Schöppler. Über Kryptorchismus. Zentralbl. f. Pathol., 1912, Bd. XXIII, S. 769.

Herman B. Sheffield. Remarks on acute scarlatinal nephritis in children with especial reference to the treatment of uremia, by lumbar puncture and morphine and atropine. (Akute Scharlachnephritis beim Kinde mit besonderem Bezug auf die Behandlung der Urämie

mit Lumbalpunktion, Morphin und Atropin.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 99.

Bodo Slingenberg. Vulvovaginitis streptococcica bei Kindern. Niederl. Monatsschr. f. Geburtsh., Frauenkrankh. u. Kinderheilk., 1912, Bd. I, S. 236.

Archibald D. Smith. Case of Pyelitis; unusual difficulties in diagnosis. (Fall von Pyelitis; ungewöhnliche Schwierigkeiten bei der Diagnose.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 29.

John Speese. Urethral calculi. (Urethralsteine.) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, 527.

Siegfried Stephan. Die kongenitale Nierendystopie beim Weibe in klinischer und embryologischer Beziehung. Zeitschr. f. gynäkol. Urol., 1912, Bd. III, S. 303.

Geo. F. Still. Pyelitis in children. (Pyelitis bei Kindern.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 605.

Bertalan Stiller. Die Pathogenese der orthotischen Albuminurie. Berliner klin. Wochenschr., 1912, Bd. IL, S. 1873.

M. Vromen. Ein Fall von Mißbildung der Geschlechtsorgane und kongenitaler Verlagerung der Niere. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1912, Bd. LXXII, S. 400.

Infantilisme rénal. Revue générale. Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 131.

Bewegungsapparat.

Bonnaire und **G. Durante.** Présentation d'un mort-né micromèle atteint de dysplasie périostique. Bull. de la Soc. anatomique, November 1912, S. 431.

Wm. Pearce Coues. A case of fragilitas ossium. Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 85.

J. M. J. Gréze. Du traitement chirurgical dans les déformations rachitiques de la jambe. Thèse de Paris, 1912, Nr. 53.

Edmund O. Hughes. Chronic oedema of one leg in a child. (Chronisches Ödem eines Beines bei einem Kinde.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXIII, S. 752.

M. Lance. Le traitement des déformations rachitiques du tibia. (Die Behandlung der rachitischen Verkrümmungen der Tibia.) Gaz. des hôp., 1912, Bd. LXXXV, S. 1525.

John F. Sinclair und **Henry K. Pancoast.** An atypical case of acute epiphysitis in an infant, with X-rays. (Atypischer Fall von akuter Epiphysitis beim Säugling, behandelt mit X-Strahlen.) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd, XXIX, S. 102.

Erziehung.

Ewing Marshall. Sexual responsibility. (Sexuale Verantwortung.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 149.

Neurologie und Psychiatrie.

John Allan. The treatment of night terrors in children. (Behandlung des Pavor nocturnus bei Kindern.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 729.

G. B. Allaria. La puntura pseudo-epidurale nell' enuresi essenziale dei bambini. (Pseudo-epidurale Punktion bei essentieller Enuresis der Kinder.) La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 754.

Appert. A propos de l'origine syphilitique la chorée. Soc. méd. des hopitaux, Paris, 14. Februar 1913.

Angelo Arcelli. Corea con fenomeni paralitici ed afasia in una bambini affetta da peri-endocardite (con pleuropolmonite) consecutiva a peliosi reumatica. (Chorea mit Lähmungserscheinungen bei einem Mädchen mit Peri-endocarditis nach Peliosis rheumatica.) La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 823.

I. Arrospida. Meningitis supurada por infeccion palpebral; por traumatismo nasal. Arch. Latino-Americanos de Pediatrie, Januar-Februar 1912.

J. Babinski, J. Chaillous und **Th. de Martel.** Stase papillaire bilatérale, cécité presque complète, craniectomie décompressive sans incision de la dure-mère; guérison. La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 81.

L. Babonneix und **C. Roederer.** Sur un cas de maladie de Friedreich. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 3, S. 112.

Murray H. Bass. Chvostek's sign and its significance in older children. (Das Chvosteksche Zeichen und seine Bedeutung bei älteren Kindern.) Amer. Journ. of the Med. Sciences, 1912, Bd. CXLIV S. 64.

Bernhardt M. Bemerkungen zur Veröffentlichung Oskar Thorspeckens: Beitrag zur Kenntnis der Myatonia congenita (Oppenheim). Jahrbuch f. Kinderheilk., Bd. LXXVI, S. 579 bis 581.

Carl D. Camp. What is „epilepsy?" (Was ist Epilepsie?) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 547.

G. Caronia. Trattamento della corea del Sydenham con iniezioni endorachidee di solfato di magnesio. (Behandlung der Chorea mit intraspinalen Injektionen von Magnesiumsulfat.) La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 776.

L. Pierce Clark. The need of psychologie clinics in connection with the public schools. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 197.

Combe. Myxoedème. Rev. méd. de la Suisse romande, 1912, Bd. XXXII, S. 400.

J. Comby. Etats méningés curables chez les enfants. (Heilbare Meningealaffektionen beim Kinde.) Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 44.

Floyd M. Crandall. The etiology of convulsions in early life. (Ätiologie der Konvulsionen im Kindesalter.) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 803.

Sophie Danlouchevsky. Contribution à l'étude de la paralysie générale juvénile. Thèse de Paris, 1912, Nr. 415.

Effa V. Davis. Toxaemia and eclampsia in the new-born babe. (Toxämie und Eklampsie beim Neugeborenen.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LVIII, S. 1676.

J. Delehef und **Léon Laruelle.** Un cas de myopathie du type Leyden-Moebius. (Ein Fall von Muskeldystrophie [Typus Leyden-Moebius].) Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège. 1912, Bd. LI, S. 80.

R. Duthoit. A propos d'un cas de myatonie congénitale ou maladie d'Oppenheim. Arch. de méd. de enfants., Bd. XV, S. 12. (Vgl. das Referat in dieser Monatsschr. Bd. XII, S. 98.)

Thorspecken (Bremen).

Edson. The education and training of feeble-minded children in the public schools. (Unterricht und Erziehung schwachsinniger Kinder in der Schule.) New York Med. Journ., 7. Dezember 1912.

Adolphe d'Espine. Paralysie infantile à type Duchenne-Erb. Presse méd., 1912, Nr. 13.

Gaston Louis Martin Edouard Fernagu. Les troubles de la parole dans les chorées. Thèse de Paris, 1912, Nr. 283.

Louis Fischer. Nervous manifestations with insomnia and pavor-nocturnus in young children. (Nervöse Erscheinungen mit Schlaflosigkeit und Pavor nocturnus bei jungen Kindern.) An inquiry into the cause of the same. Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 720.

Emilie Freydier. Contribution à l'étude de l'énurésis infantile. Thèse de Lyon, 1912.

M. J. Froment. La paralysie infantile. (Die Kinderlähmung.) Lyon méd., 1912, Bd. CXIX, S. 788.

Gifford. Case of juvenile form of family amaurotic idiocy. (Juvenile Form der familiären amaurotischen Idiotie.) Ophthalmic Record, November 1912. Wachenheim (New York).

R. Gilles. Deux observations d'hémorragie méningée chez le nouveau-né; guérison après ponction décompressive par voie lombaire dans un cas, par voie cranienne dans l'autre; état ultérieur des petits malades et considérations thérapeutiques. Revue mensuelle de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, Nr. 7, Juli 1912, S. 465.

Alfredo Gismondi. Intorno ad un caso di spasmus nutans. La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 449.

J. C. Gittings und **Ralph Pemberton.** Metabolic observations on amyotonia congenita. (Stoffwechseluntersuchungen bei Amyotonia congenita.) Amer. Journ. of the Med. Scienc, 1912, Bd. CXLIV, S. 732.

Glüh. Über Mikrozephalie. Zeitschr. f. Schwachsinn, 1912, Bd. VI, S. 207.

Marie Gourvitch-Schmerling. La forme digestive de l'énurésie. Thèse de Paris, 1912, Nr. 315.

Frank K. Green. A contribution to the literature of youthful manustupration. Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 9.

H. Grenet und **Rousselot.** Myopathie du type Leyden-Moebius. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 9, S. 509. La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 111.

Lacau Saint Guily. Hémispasme labié droit congénital et familial chez une nourrice. La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 45.

Irving S. Haynes. The treatment of meningitis by drainage of the cisterna magna. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 84.

John B. Jackson. The relation of convulsions in children to dietary errors. (Beziehungen der Konvulsionen bei Kindern zu Diätfehlern.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 689. Journ. Michigan State Med. Soc., November 1912.

Ettore Jona. Su di un caso di meningite sierosa simulante il tumore cerebellare. (Meningitis serosa mit Vortäuschung eines Zerebellartumors.) Gazz. degli osp. e delle cliniche, Mai 1912.

Joseph H. Kastle und **Daniel J. Healy.** The toxic character of the colostrum in parturient paresis. (Über den toxischen Charakter des Kolostrums bei der Geburtslähmung.) Proceed. of the Soc. for exp. Biol. and Med., 1912, Bd. IX, S. 44.

Knoepfelmacher. Ein Fall von initialer infantiler Tabes. Mitteilungen der Gesellschaft f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 11.

G. O. Kowarsky. Sechs Fälle von Idiotia amaurotica progressiva familiaris infantilis. Wratsch. Gas., 1912, Nr. 17

Schlieps (Charkow).

Pierre Labourdette und **Maurice Delort.** Les convulsions de l'enfance (Die Kinderkrämpfe.) Gaz. des hôp., 1912, Bd. LXXXV, S. 1295.

Albert Lehmann. Les hématémèses et les crises gastriques de tabès. Thèse de Paris, 1912, Nr. 121.

Lesage und **Collin.** A propos de la résistance à la fatigue chez le jeune enfant. (Resistenz gegen Ermüdung beim Kinde.) Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 34.

William Palmer Lucas. The various meningitises: their diagnosis and treatment. (Verschiedene Meningitisformen: Diagnose und Behandlung.) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 745.

Salvatore Maggiore. Osservazioni cliniche ed istologiche sopra un caso di malattia di Thomsen. (Klinische und histologische Beobachtungen über einen Fall von Thomsenscher Krankheit.) La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 1.

Ludwig Maier. Einfluß des Milieuwechsels auf die Frequenz epileptischer Anfälle bei Kindern. Dissertation, München 1912.

L. Marchand. Rapports des convulsions infantiles avec l'épilepsie. Gaz. des hopitaux, 1912, Bd. LXXXV, S. 1235.

Mello-Leitão. Treatment of nocturnal enuresis in children. (Behandlung der Enuresis nocturna im Kindesalter.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1912, S. 454. Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 27.

A. Moretti. Due casi di idiozia mongoloide. (2 Fälle von Idiotie bei Mongolismus.) Riv. di patol. nerv. e ment.. 1913, Bd. XVIII, S. 12.

Charles F. Neu. Nervousness in children — its cause and prevention. Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 35.

C. Parhon und **A. Tupa.** Recherches anatomocliniques sur un cas d'infantilisme chez un idiot avec microgyrie. Contribution à l'étude de la pathogénie de l'infantilisme. (Anatomisch-klinische Untersuchungen eines Falles von Infantilismus bei einem Idioten mit Mikrogyrie.) Arch. internat. de neurol., 1913, Bd. XXXV, S. 69.

M. Pontieaecia. Amiotrofia progressiva familiare tipo Charcot-Marie. La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 133.

L. M. Pussep. Operative Behandlung des Hydrocephalus internus bei Kindern. Arch. f. Kinderheilk., 1912, Bd. LIX, S. 172.

L. Ribadeau-Dumas, Debré und **Wolfromm.** Sur un cas de méningite foudroyante du nourrisson. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 2, S. 96.

Walter F. Schaller. Progressive interstitial hypertrophic neuritis of childhood of Dejerine and Sottas. Report of a case. (Über die von Dejerine und Sottas beschriebene in der Kindheit auftretende progressive interstitielle Neuritis hypertroph. Mitteilung eines Falles.) Arch. of intern. Med., 1912, Bd. X, S. 399.

H. B. Sheffield. Congenital myxedema. Cystic goiter with feeble mentality. (Ein Fall von angeborenem Myxödem. Ein Fall von zystischem Kropf mit Geistesschwäche.) Med. Record, 1912, Bd. XXXI, S. 705.

J. W. Simpson. Incontinence of urine in children. Edinburgh Med. Journ., 1913, Bd. X, S. 49.

Eric Bellingham Smith und **A. W. G. Woodforde.** Two unusual forms of meningitis occurring in infancy. (Zwei ungewöhnliche Formen von Meningitis im Säuglingsalter.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXIII, S. 236.

William Leland Stowell. The mental defective and society. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 203.

Nadine Torkatscheff. Quelques considérations sur la myosite localisée chez l'enfant. Thèse méd. de Genève, 1911/12, Nr. 107.

H. Triboulet. A propos du traitement arsenical de la chorée. Soc. méd. des hopitaux, Paris, 14. Februar 1913.

Variot, Bonniot und **Caillian.** Lésions trouvées à l'autopsie d'un cas d'hémispasme congénital de la lèvre inférieure. (Sektionsbefund bei

einem Fall von kongenitalem Hemispasmus der Unterlippe.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 8, S. 471.

David F. Weeks. What New Jersey is doing for the epileptic. (Der Nutzen von New Yersey für Epileptische.) Arch. of Pediatrics. 1912, Bd. XXIX, S. 303.

Weill, Mouriquand und **Goyet.** Amélioration remarquable d'une chorée grave traitée par les injections rectales de Salvarsan. (Beträchtliche Besserung einer schweren Chorea durch rektale Salvarsaninjektion. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 7, S. 327.

Williams. Nervousness in children. (Nervosität bei Kindern.) West Virginia Med. Journ., Dezember 1912.

Wachenheim (New York).

Fritz Wolf. Die multiple Sklerose im Kindesalter. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1913. Bd. XV, S. 227.

Stoffwechselkrankheiten.

Prosper Merklen. Exposé d'un cas de diabète infantile. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 7, S. 351.

Thompson. Case of diabetes in a child 8 years of age. (Diabetes bei einem 8jährigen Kinde.) Mississippi Med. Monthly, November 1912. Der Fall folgte einem Kopftrauma und endete in 6 Wochen letal.

Wachstumskrankheiten und Wachstumsstörungen.

Getzowa. Osteogenesis imperfecta congenita. Société médico-pharmaceutique du Cercle de Berne, 21. Januar 1913.

Paul Godin. L'accroissement inégal à l'époque de la puberté et les etats pathologiques qu'il peut déterminer. La clin. infant., 1912, Bd. X, S. 516.

M. Kassowitz. Über Rachitis. Jahrbuch f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVII, S. 277.

A. Köhler. Zwergwuchs und Riesenwuchs bei Kindern eines Syphilitikers. Zeitschr. f. Röntgenkunde, 1913, Bd. XIV, S. 417.

Richard Preiswerk. Ein Beitrag zur Kenntnis des Osteogenesis imperfecta. Thèse de Bâle, 1912.

Paul Silve. Contribution à l'étude du craniotabes. (Beitrag zum Radium der Kraniotabes.) Thèse de Paris, 1912, Nr. 26, 92 S.

Henry Ling Taylor. The surgery of rachitis. (Chirurgisches bei Rachitis.) Arch. of Pediatriös, 1912, Bd. XXIX, S. 354.

Léon Tixier. Les lésions du cartilage de conjugaison chez un achondroplase de 3 ans. (Veränderungen des Bindegewebsknorpels bei einem 3jährigen Kinde mit Achondroplasie.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 6, S. 250.

Léon Tixier und **Carle Roederer.** Sur une dystrophie ostéo-musculaire avec nanisme, récemment décrite par M. Hutinel. Etude clinique de quelques nouveaux cas. (Über eine Dystrophia osteo-muscularis mit Zwergwuchs, kürzlich beschrieben von Hutinel. Klinische Studie einiger neuer Fälle.) Presse méd., 1913, Bd. XXI, S. 95.

Haut.

Alsiba Alfès. Contribution à l'étude clinique de la sclérodermie chez l'enfant. Thèses de Paris, 1912, Nr. 213.

Max Bretz. Ein weiterer Fall eines kongenitalen Hautdefektes am Scheitel des Neugeborenen. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med., 1912, Bd. XLIV, S. 237.

A. Cantonnet und **G. Schreiber.** Aniridie et cataracte congenitales doubles chez un nourrisson de trois mois. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 3, S. 147.

J. Comby. La dermato-myosite chez les enfants. Arch. des méd. des enfants, Bd. XV, S. 12. (Übersichtsreferat.)

Thorspecken (Bremen).

C. Credé-Hörder. Über die „Spätinfektion" der Ophthalmoblennorrhöe. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 23.

– Über nichtgonorrhoische Ophthalmoblennorrhöen der Neugeborenen und Säuglinge. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 74.

Colman Ward Cutler. Blindness as a result of inflammatory disease, affecting conjunctiva and cornea. (Erblindung infolge entzündlicher Erkrankung der Konjunktiva und Kornea.) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 755.

M. Darrieau. Des angiomes et des naevi et de leur traitement par l'air chaud. Thèse de Paris, 1912.

C. Firket. Über das Schicksal abgesprengter Epithelkeime in der Haut eines fünfmonatigen Kindes. Virchows Arch., 1912, Bd. CCVIII, S. 351.

J. Galippe. Un cas de zona cervical. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 3, S. 200.

Ginet und **Paillasse.** Conjonctivite à fausse membrane chez un nouveau-né. Journ. de méd. de Paris, 1912, Nr. 18, S. 357.

Hall. Common disease of the eye from standpoint of general practitioner. (Die gewöhnlichen Augenkrankheiten in der allgemeinen Praxis.) Kentucky Med. Journ., 1. Dezember 1912.

Wachenheim (New York).

Karl Huppenbauer. Klinisch-statistische Mitteilungen über Augenverletzungen bei Kindern. Dissertation, Tübingen 1912.

Aida Lindenbaum. De la sclérodermie généralisée chez l'enfant. Thèse méd. de Genève, 1911/12, Nr. 68.

Luis Calvo Mackenna. Un caso de eritrodermia descamativa de Leiner. Archivos Latino-Americanos de Pediatria, Januar-Februar 1912.

Albrecht Meyenberg. Ein Fall von Ichthyosis congenita. Dissertation, Berlin 1912 (E. Ebering).

Arthur Schohl. Über den sogenannten Mongolenfleck. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. IV, Referate, S. 145.

H. Triboulet. Traitement des pyodermites. Le Nourrisson, 1913, Bd. I, S. 34.

Triboulet, Albert-Weil und **Paraf.** Purpura. — Pseudo-hémophilie. — Epistaxis répétées. — Insuccès de différentes thérapeutiques. — Radiothérapie. — Guérison. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 8, S. 431.

G. Variot. Erythème fessier légèrement érosif survenu chez un nourrisson à la suite d'une diarrhée causée par le retour des règles de la nourrice. (Leicht erosives Erythem am Gesäß infolge einer durch Wiedereintritt der Menstruation bei der Amme verursachten Diarrhöe.) La clin. infant., 1912, Bd. X, S. 584.

Solon Veras. Herpes zoster by contagion. (Herpes zoster durch Kontaktinfektion.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1912, Bd. IX, S. 360.

H. J. F. Wallhauser. Skin affections of childhood. (Hauterkrankungen beim Kinde.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 476.

F. Parkes Weber. Multiple calcification (Calcinosis) in the subcutaneous tissue. (Kalzinosis des Unterhautbindegewebes.) Procede. of the Roy. Soc. of Med., 1912, Bd. VI, S. 14.

Auge.

Ludwig Bach und **Richard Seefelder.** Atlas zur Entwicklungsgeschichte des menschlichen Auges, Leipzig 1912 (W. Engelmann).

Bailey. Eye-strain in children. (Augenüberanstrengung bei Kindern.) Journ. Iowa State Med. Soc., 15. Dezember 1912.
Wachenheim (New York).

Beauvieux. Etude sur les déplacements congénitaux du cristallin. Arch. d'Ophthalmologie, Januar 1913.

Brav. Treatment of ophthalmia neonatorum. (Behandlung der Ophthalmia neonatorum.) Therap. Gaz., 15. Oktober 1912.
Wachenheim (New York).

Berthe Rogatchevsky-Orloff. L'hydrophtalmie congénitale et son traitement par l'iridectomie. Thèse méd. de Genève, 1911/12, Nr. 94.

Chaja Spielberg. Beitrag zur Pathogenese des Hydrophthalmus congenitus. Dissertation, Bern 1911/12, Nr. 64 (Felix Krais, Stuttgart).

Tallant. Ophthalmia in new-born. (Ophthalmie der Neugeborenen.) Amer. Journ. of Obstet., November 1912.

Nase, Ohr, Kehlkopf.

Vittorio Brun. Le suppurazioni d'orecchio nell' infanzia. (Ohreiterungen im Kindesalter.) La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 321 u. 435.

H. Frey. Über Schuluntersuchungen des Gehörorgans, ihre Aufgabe und Durchführung nach fremden und eigenen Erfahrungen. Das österr. Sanitätswesen, 1912, Bd. XXIV, S. 397.

Hays. Care of nose and throat in children. (Nasen- und Rachenpflege bei Kindern.) Amer. Journ. of Obstet., November 1912.

G. Hudson Makuen. The prevention of deafness and the instruction of the deaf child. (Die Verhütung der Taubheit und der Unterricht des tauben Kindes.) Pediatrics. 1912, Bd. XXIV, S. 335.

Matthias Nicoll und **Frank S. Fielder.** A case of mastoiditis followed by general sepsis, with symptoms of tetanus. (Mastoiditis mit nachfolgender Sepsis und Tetanussymptomen.) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 585.

Reh und **Méroz.** Bacilles pseudo-diphtériques et otites moyennes. (Pseudodiphtheriebazillen und Mittelohrentzündung.) Rev. méd. de la Suisse Romande, 1913, Bd. XXXIII, S. 40.

Schlemmer. Ein Fall von akuter Nebenhöhlenerkrankung der Nase. Mitteilungen der Gesellschaft f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 23.

Fritz Schlemmer. Partieller bilateraler Choanalverschluß durch eine Plica retronasalis transversa congenita. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1912, Bd. XLVI, S. 1161.

Chirurgie.

Auguste Acquaderni. Un caso notevole di esostosi multiple osteogeniche in un bambino. La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 843.

Pierre Audion. Traitement des abcès froids fermés par les ponctions classiques suivies d'injections massives d'huile iodée à 1 p. 30—1 p. 40. Appareil plâtré bivalve enduit de celluloid. Extrait du Paris chirurgical, 1912.

Albert Bauer. Der Schiefhals. Ergebn. d. Chir. u. Orthopädie, 1913, Bd. V, S. 191.

Johannes Becker. Appendizitis in einem linken Leistenbruch eines Säuglings. Arch. f. Kinderheilk., 1912, Bd. LIX, S. 81.

Norbert Birkner. Über einen Fall von kongenitalem Vorderarmsarkom. Dissertation, München 1912 (Gebr. Parcus).

Constance Borkovska. Du pronostic et du traitement des fractures du crâne chez les enfants. Thèse méd. de Genève, 1911/12, Nr. 40 (Chaulmontet).

Yves Bourhis. La hernie inguinale étranglée chez le nourrisson. Thèse de Paris, 1912, Nr. 240.

Broca. Opération précoce pour fracture supracondylienne de l'humérus à grand deplacement. Arch. de méd. des enfants, Bd. XVI, H. 2, S. 126. Thorspecken (Bremen).

Auguste Broca. Disjonction des sutures craniennes par tumeur encéphalique chez l'enfant. (Auseinanderweichen der Schädelnähte bei Kindern infolge von Hirntumoren.) Presse méd., 1913, Bd. XXI, S. 101.

— Subluxation congénitale de la rotule en dehors. (Angeborene Subluxation der Patella nach außen.) Gaz. des hôp., 1912, Bd. LXXXV, S. 1379.

J. Max Brückner. Die Intubation. Vortrag, gehalten a. d. Versammlung sächs.-thüring. Kinderärzte in Halle a. S. am 19. Mai 1912.

Vittorio Brun. Artriti e borsiti acute suppurate nei bambini. (Akute eitrige Arthritis und Bursitis beim Säugling.) La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 210.

— Un caso di sarcoma fuso-cellulare dell' intestino tenue in un bambino. Riv. di clin. pediatrica, Juni 1912.

Mc Carley. Sarcoma of kidney in infants. (Nierensarkom bei Säuglingen.) Journ. Oklahoma State Med. Assoc., November 1912.

Jacques de Lombard de Chateau-Arnoux. Scoliose et fonction respiratoire. Thèse de Paris, 1912, Nr. 120.

H. Chéron. Considérations sur la technique de la radiumthérapie des fibromes utérins. Arch. mensuelles d'Obstétrique et de Gynécol., 1913, Bd. XVIII, S. 1.

Edred M. Corner und **C. E. Bashall.** Amputation in infantile paralysis. (Amputation bei Kinderlähmung.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXIII, S. 874.

William Pearce Coues. Fracture: Dislocation of the elbow. (Fraktur: Dislokation des Ellbogens.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 97.

Paul Croner. Maligne Geschwülste im Kindesalter. Zeitschr. f. Krebsforschung, 1912, Bd. XII, S. 442.

J. Curtillet. Quatre cas d'exostoses ostéogéniques multiples, héréditaires et familiales. (Multiple hereditäre und familiäre osteogenetische Exostosen.) Rev. d'orthopédie, Mai 1912.

Alfred Denker. Intercricothyreotomie bei bedrohlicher Larynxstenose. Vortrag, gehalten a. d. Versammlung sächsisch-thüringischer Kinderärzte in Halle a. S. am 19. Mai 1912.

Henry P. de Forest. Asphyxia neonatorum with fracture of the clavicle. The Post-Graduate, Dezember 1912.

R. Français. Ectopie testiculaire périnéale avec hernie inguinale étranglée, kélotomie, cure radicale, reposition du testicule, guérison. (Perineale Hodenektopie mit eingeklemmter Inguinalhernie, Herniotomie, Radikaloperation, Reposition des Hodens, Heilung.) Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 37.

Dupuy de Frenelle. Fracture du col chirurgical de l'humérus chez l'enfant. Soc. des chirurgiens de Paris, 31. Januar 1913.

Hanns Jacob Gerster. Die Inguinalhernien im Basler Kinderspitale von 1894 bis 1909. Dissertation, Zürich 1911/12, Nr. 15 (Gebr. Leemann & Co.).

H. Debora Golberg. Le torticolis de naissance est-il d'origine obstétricale ou congénitale? Thèse de Paris, 1912, Nr. 197.

Hedges. Some differences in surgery of children and adults. (Spezielle chirurgische Momente bei Kindern.) Journ. Med. Soc. New Jersey, November 1912.

Howard Kennedy Hill. Retroperitoneal lymphosarcoma, with report of a case treated with Coley's fluid. Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 682.

Kerr. Some reasons for surgical failures in children. (Ursache chirurgischer Mißerfolge bei Kindern.) Journ. Amer. Med. Assoc. 23. November 1912.

Kirmisson. Les traumatismes osseux chez l'enfant. (Die Verletzungen der Knochen im Kindesalter.) La Presse méd., 1912, Bd. XX, S. 657.

Wilhelm Klauhammer. Über Ovarialtumoren bei Kindern. Dissertation, Jena 1912 (A. Kämpfe).

Ludmilla Koudriavzeff. Contribution à l'étude des tumeurs congénitales des nerfs. Dissertation, Genf 1912 (Atar), Nr. 63.

Leiba Krawetz. Zur Behandlung des angeborenen Schiefhalses. Dissertation, Würzburg 1912.

Bruno Künne. Die angeborene Hüftgelenkverrenkung. Kritisches Übersichtsreferat. Berliner klin. Wochenschr., 1913, Nr. 8.

Kyle. Spina bifida. Journ. Iowa State Med. Soc., 15. Dezember 1912.

Labourdette und **Tissier.** Fracture claviculaire méconnue chez un nouveau-né. Soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris, 8. Juli 1912.

A. Lesage und **Girault.** Sarcome de l'ovaire chez le nourrisson. Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 207.

Lorrain und **Nidergang.** Tumeur congénitale du rein. (Kongenitaler Nierentumor.) Bull. de la Soc. anatomique, März 1912, S. 152.

Martin. Faut-il opérer le spina bifida? Quand faut-il l'opérer? Thèse de Nancy, 1912, Nr. 37,

Mauclaire. Symptoms, diagnosis and treatment of torticolis (Symptome, Diagnose und Behandlung des Torticollis.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 613.

Hans Mautner. Ein Fall von multiplen Exostosen. Mitteilungen der Gesellschaft f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 23.

René Mosquet. Le pansement par le collodion salicylé en particulier après la cure radicale de la hernie chez l'enfant. Thèse de Paris, 1912, Nr. 130.

Nageotte-Wilbouchewitch. Un cas de luxation récidivante de la rotule. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 14.

Hélène Nerosloff. Contribution à l'étude du sarcome de l'a ygdale chez l'enfant. Thèse méd. de Genève, 1911/12, Nr. 84.

L. A. Parry. Fracture of the lower and of the humerus in a child treated by immediate wiring. (Fraktur des unteren Humerusendes bei einem Kinde, behandelt mit sofortiger Drahtvereinigung.) Brit. Med. Journ., 1912, Nr. 2685, S. 1354.

Luther C. Paul. The operative treatment of spina bifida, with report of a case. (Die operative Behandlung der Spina bifida.) Med. Boston and Surg. Journ., 1912, Bd. CLXVII, S. 18.

Périer. Résultats éloignés fournis par le traitement opératoire du spina bifida. (Spätresultate der operativen Behandlung der Spina bifida.) Rev. de chir., 1912, Bd. XXXII, S. 665.

Jacques-Auguste Phélip. Etude clinique des résultats éloignés de l'ostéomyélites des os longs chez l'enfant et l'adolescent. Thèse de Paris, 1912, Nr. 320.

Carle Roederer und **Albert-Weil.** Le fréquence de l'abscès dans le mal de Pott dorsal. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 3, S. 152.

E. Roux. Abcès pelvien consécutif à une arthrite de la hanche. Pédiatrie, 1912, Bd. IV, S. 52.

Saalmann. Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Spina bifida. Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1913, Bd. CXX, S. 387.

H. H. Sampson. The operative treatment of simple fracture of the long bones in children. (Die operative Behandlung unkomplizierter Frakturen der langen Knochen im Kindesalter.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXIII, S. 433.

J. Silhol. La hernie inguinale doit être guérie avant trois ans. Gaz. méd. de Paris, 11. September 1912.

Smester. Guérison de la hernie ombilicale des nouveaux-nés. (Heilung der Nabelhernie beim Neugeborenen.) La clin. infant., 1912, Bd. X, S. 524.

Teobaldo Soli. Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Schädelimpressionen bei Neugeborenen. Arch. f. Gynäkol., 1912, Bd. XCVII, S. 283.

Sarah Tafipolsky. Contribution à l'étude du spina bifida. Thèse méd. de Genève, 1911/12, Nr. 102.

Walther Usener. Über Nabelschnurbruch. Jahrbuch f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVII, S. 181.

Amaury Vannesson. Contribution à l'étude des hernies diaphragmatiques congénitales chez le nouveau-né. Thèse de Paris, 1912, Nr. 388.

De Vaugiraud. Deux cas d'abcès amygdalien et péripharyngien. (Zwei Fälle von Tonsillar- und Peripharyngealabszeß.) Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 41.

Viannay. Résultat éloigné d'une opération d'encéphalocèle congénitale. (Spätresultat der Operation einer angeborenen Enzephalozele.) Rev. de Chir., 1912, Bd. XXXII, S. 848.

Waller. Intubation. Southern Med. Journ., Oktober 1912.

A. Weil und **C. Roederer.** La fréquence des abcès dans les maux de Pott dorsaux. Paris méd. Oktober 1912.

Orthopädie.

Allen. Use of adhesive plaster in cure of talipes equinovarus of infants at birth. (Verwendung des Heftpflasters zur Behandlung des Talipes equinovarus bei Neugeborenen.) Amer. Journ. Obstet., Oktober 1912.

Philipp Amend. Über rachitische Verkrümmungen der unteren Extremitäten und über subkutane Osteotomie. Dissertation, Würzburg 1912.

Augusto Anzoletti. Zur Behandlung des reflektorisch-spastischen Pes valgus. (Künstlich herbeigeführte temporäre Lähmung des N. peroneus.) Zentralbl. f. chirurg. u. mech. Orthopädie, 1913, Bd. VII, S. 1.

Karl Cramer. Ein Fall von angeborener Schulterversteifung bei partiellem Infantilismus. Arch. f. Orthopädie, 1912, Bd. XI, S. 305.

Gustav Drehmann. Zur Ätiologie der Deformitäten im Wachstumsalter. Verhandlungen d. Gesellschaft f. orthopäd. Chir., 1912, Bd. XI, S. 296.

Lance. Observations de scoliose congénitale. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 3, S. 167.

— Sur la coxa vara. Soc. des chir. de Paris, 7. März 1913.

Henri Lelièvre. Le traitement orthopédique du mal de Pott. Thèse de Paris, 1912, Nr. 400.

Morestin. Luxations congénitales de la hanche et du genou chez le même sujet et sur le même membre. Soc. de chir., Paris, 22. Januar 1913.

Hélène Moschinsky. Une observation de coxa-vara. Thèse méd. de Genève, 1911/12, Nr. 81.

Mme. Nageotte-Wilbouchewitch. Comment faut-il traiter la scoliose par malformation de la 5e vertèbre lombaire? Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 3, S. 117.

Adolf Natzler. Eine seltene Fußdeformität. Zentralbl. f. chir. u. mech. Orthopädie, 1912, Bd. VI, S. 49.

G. Nové-Josserand und **A. Rendu.** Résultats éloignés de la méthode de Finck dans le traitement précoce des pieds bots congénitaux. (Dauerresultate der Finckschen Methode in der Frühbehandlung der angeborenen Klumpfüße.) Lyon chir., 1912, Bd. VIII, S. 120.

Paul Schelbaum. Über einen Fall von doppelseitiger Coxa vara congenita mit einseitig deformierendem Prozeß. Dissertation, Straßburg, 1912 (Müh & Cie.).

James Warren Sever. Orthopedic principles for use in general practice. (Orthopädische Prinzipien zum Gebrauche in der allgemeinen Praxis.) Boston Med. and Surg. Journ., 1913, Bd. CLXVIII, S. 1.

Frederick R. Stathers. Orthodontia. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 111.

Vignard. Réduction d'une luxation congénitale unilatérale gauche à 12 ans. (Einrenkung einer linksseitigen angeborenen Hüftgelenksluxation im Alter von 12 Jahren.) Lyon méd., 1912, Bd. CXIX, S. 774.

Mißbildungen.

B. Baisch. Die kongenitale radio-ulnare Synostose. Zeitschr. f. orthop. Chir., 1913, Bd. XXXI, S. 46.

A. Beretta. Asymmetrie in der Zahnbildung und im Zentralnervensystem. Neurol. Zentralbl., 1912, Bd. XXXI, S. 961.

Bertolotti. Nanisme familial par aplasie chondrale systématisée. Mésomélie et brachymélie métapodiale. La Presse méd., 1913, Nr. 18, S. 165.

H. Blakeway. Congenital absence of the gall-bladder, associated with imperfect development of the pancreas, and imperforate anus. (Kongenitales Fehlen der Gallenblase bei gleichzeitiger mangelhafter Entwicklung des Pankreas und Atresie des Anus.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXIII, S. 365.

Frank van der Bogert. Congenital hydronephrosis, with aplasia of the ureter. (Kongenitale Hydronephrose mit Aplasie des Ureters.) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 764.

Richard Bretschneider. Beitrag zur kongenitalen Dystopie der Niere. (Beckenniere.) Arch. f. Gynäkol., 1912, Bd. XCVIII, S. 315.

Hermann Cassel. Die kongenitale Femurmißbildung im Röntgenbilde, Dissertation, Berlin 1912 (H. Blanke).

H.-Sin David. La dactylomégalie essentielle. Thèse de Paris, 1912, Nr. 456.

Julius Drey. Hereditäre Brachydaktylie, kombiniert mit Ankylose einzelner Fingergelenke. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1912, Bd. IV, S. 553.

Otto Ehringhaus. Zur Pathologie und Therapie der Syndaktylie. Charité-Annalen, 1912, Bd. XXXVI, S. 549.

A. C. D. Firth. Hereditary absence of the patellae and deformity of the nails. (Hereditärer Mangel der Patella und Mißbildung der Nägel.) Brit. Journ. of Child., Dis., 1912, Bd. IX, S. 305.

Gravier. Malformations congénitales. (Angeborene Mißbildungen.) Lyon méd., 1912, Bd. CXVIII, S. 1449.

Ida Grubenmann. Eine sagittale Verdoppelung der weiblichen Harnröhre. Dissertation, Zürich 1911/12, Nr. 64 (J. F. Bergmann, Wiesbaden).

René Horand. Un cas de macrodactylie. (Ein Fall von Makrodaktylie.) Lyon méd., 1912, Bd. CXIX, S. 749.

Jocha Kalbanowsky-Korotkina. Beitrag zur Kenntnis der kongenitalen Defekte am Schädel. Dissertation, Bern 1912 (H. Spahr), Nr. 44.

Dm. Lebedev. Eine seltene Kombination von drei angeborenen Anomalien — Urachusfistel, Nabelstrangbruch und Kryptorchismus — bei einem Kinde. Arch. f. Kinderheilk., 1912, Bd. LIX, S. 233.

Leclerq. Lésions multiples chez un nouveau-né. Soc. centrale de méd. du département du Nord, 7. Januar 1912, Nr. 1.

C. A. Matthey. Deux cas de bec-de-lièvre pseudo-médian dont l'un compliqué d'anencéphalie. Thèse méd. de Genève, 1911/12, Nr. 75.

Robert Meyer. Zur Kenntnis einiger Schädelanomalien der Neugeborenen; Spaltknochen und Defekte der Schädelknochen. (I. Spaltknochen der hinteren Fontanelle; Spitzenknochen, Inkabein. II. Anomalien der vorderen Fontanelle; Anomalien der Form und Größe, Verknöcherung. III. Hypoplasie, Aplasie und Defekte der Schädeldeckknochen. Eine besondere Form von Hydrozephalus.) Arch. f. Gynäkol., 1912, Bd. XCVI, S. 280.

Perl. Traitement du bec-de-lièvre unilatéral, procédé de M. Jalaguier. Thèse de Paris, Juli 1912.

Max Reichmann. Congenital absence of both clavicles. (Kongenitaler Defekt beider Schlüsselbeine.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 1192.

Roederer. Présentation d'un enfant atteint de malformation des avant-bras par absence de l'extrémité inférieure du radius. (Mißbildung der Vorderarme durch Fehlen des unteren Radiusendes.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, Nr. 9, S. 512.

Erich Roeschke. Ein Fall von doppelseitigem Radiusdefekt. Dissertation, München 1912 (R. Müller & Steinicke.)

Wilhelm Schwarzbach. Über angeborenen Defekt der Tibia und Ulna. Zentralbl. f. chir. Orthopädie, Berlin 1912, Bd. VI, S. 245.

Theodor Schweitzer. Ein Steinkind. Dissertation, Berlin 1912 (E. Ebering).

Siauve. Malformations multiples chez un nourrisson. Soc. centrale de méd. du département du Nord, 28. Juli 1912, Nr. 30.

Eduard Streissler. Die Halsrippen. Ergebn. d. Chir. u. Orthopädie, 1913, Bd. V, S. 280.

Kurt Struve. Die lebenden Doppelmißbildungen. Dissertation, Königsberg, 1912 (O. Kümmel).

E. Vogt. Zur Kenntnis der Weichteildefekte am Kopfe Neugeborener. Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1913, Bd. XXXVII, S. 119.

Max Westenhöffer. Verdoppelung des Rückenmarks (Diastematomyelie). Deutsche med. Wochenschr., 1912, Bd. XXXVIII, S. 1617.

Clifford White. A foetus with congenital absence of the sacrum. (Ein Fötus mit Fehlen des Os sacrum.) Proceedings of the Royal Soc. of Med., Mai 1911, S. 280.

Gerichtliche Medizin.

P. Balard. L'oscillomètre de pachon critère de la persistance de la circulation dans la mort apparente du nouveau-né. La Presse méd., 1913, Nr. 26, S. 253.

Vakzination.

Charles W. Banks. Is there any valid objection to vaccination? (Gibt es vollwertige Gründe gegen die Impfung?) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 244.

Otto Curtius. Ein Fall von komplizierter Impferkrankung des Auges. Dissertation, München 1912 (R. Oldenbourg).

Lewis A. Sexton. Antistreptococcus serum in the treatment of vaccinal ulcers. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 139.

Stade. Die Ergebnisse des Impfgeschäftes im Deutschen Reiche für das Jahr 1909. Veröffentlichungen des Gesundheitsamtes, med.-statistische Mitteilungen, 1912, Bd. XVI, S. 98.

Ludwig Stumpf. Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1911. Münchener med. Wochenschrift, 1912, Bd. LIX, S. 2398.

Hygiene und soziale Medizin.

Walter Abelsdorff. Die Säuglingssterblichkeit in einigen deutschen Großstädten in den Jahren 1903 bis 1910 mit Rücksicht auf die Einrichtung der Fürsorgeanstalten. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1912, Bd. V, S. 427.

Abt. Individual prophylaxis in children's Hospitals. (Individuelle Prophylaxe in Kinderhospitälern.) Journ. Amer. Med. Assoc., November 1912. Wachenheim (New York).

E. Apert. Hygiène de l'enfance. L'enfant bien portant. L'enfant malade. (J. B. Baillière et fils.)

Adolf Baginsky. Hygiene of city Infants and babies. Arch. f. Kinderheilkunde, 1913, Bd. LIX, S. 363.

Marie Baum. Lebensbedingungen und Sterblichkeit der Säuglinge im Kreise Grevenbroich. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1912, Bd. VI, S. 197, 309.

— Säuglingsfürsorge auf dem Lande. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1912, Bd. VI, S. 37 und 77.

— Zur Frage des Fabrik-Stillraumes. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1912, Bd. VI, S. 16.

Georges Bels. Une consultation de nourrisson en pays flamand. Etude sur la mortalité infantile à Bailleul (Nord). Les causes et les principaux moyens d'y remédier. Thèse de Paris, 1912, Nr. 387.

Hermann Brüning. Das mecklenburgische Säuglingsheim in Petersdorf bei Wismar. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1912, Bd. IV, S. 145.

J. Bruno. Die Mutterschaftsversicherung und ihre Bedeutung für die Säuglingsfürsorge. Veröffentlichungen aus dem Gebiete der

Medizinalverwaltung, 1912, Bd. I, H. 3. Verlag von Richard Schoetz.

Burmeister. Die praktische Durchführung der Säuglingsfürsorge im Kreise Wanzleben. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1912, Bd. IV, S. 301.

Walter Lester Carr. The relation of the american pediatric society to the reduction of mortality in infancy and childhood. (Beziehungen der Amerikanischen Gesellschaft für Kinderheilkunge zu der Abnahme der Säuglings- und Kindersterblichkeit.) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 404.

Carrère. Contribution à l'étude de la dépopulation en France. Thèse de Nancy, 1912.

Henry L. Coit. A method of scoring the viability of infants under the care of hospitals and infant's welfare organizations. (Methode zur Beurteilung der Lebensfähigkeit von Kindern in Hospitalpflege und unter Säuglingsschutz.) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 932.

— The relation of the physician to the philanthropic and sociologic work of the community in the child liefe. (Beziehungen des Arztes zu der philanthropischen und sozialen Fürsorge fürs Kind.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 457.

Cooley. Relation of the infant welfare movement to pediatrics. (Verhältnis der Säuglingsschutzbewegung zur Kinderheilkunde.) Journ. Amer. Med. Assoc., 21. Dezember 1912.

Deckert. Säuglingsfürsorge und Leutenot auf dem Lande. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1912, Bd. VI, S. 358.

Ernö Deutsch. Säuglingsfürsorgestellen, Milchküchen und ergänzende Institutionen in Budapest. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1912, Bd. V, S. 362.

G. A. Dotti. Die Drehlade für Findlinge in Italien. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1912, Bd. IV, S. 183.

Frank I. Drake. The National importance of eugenics. (Die nationale Bedeutung der Eugenie.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 620.

S. Elchelberg. Einiges zum Thema von den Ursachen der Säuglingssommersterblichkeit mit statistischem Beitrage über die Wohnung als ätiologischen Faktor. Arch. f. Kinderheilk., 1912, Bd. LIX, S. 83.

Elchelberg. Zur Bewertung der Säuglingsmilchküchen. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1912, Bd. VI, S. 279.

Sigmund Engel. Die Berufsvormundschaft in Budapest. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1912, Bd. IV,, S. 206.

Sigismund Engel. Die Rechtsverfolgung der Ansprüche unehelicher Kinder im Auslande. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1912, Bd. V, S. 398, 432.

Engels. Die soziale Fürsorgetätigkeit im Stadt- und Landkreise Saarbrücken. (Bekämpfung der Tuberkulose, der Säuglingssterblichkeit und des Alkoholmißbrauches.) Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, Berlin 1912, Bd. I, H. 3. Verlag von Richard Schoetz.

Gaetano Finizio. Influenza della legislazione sanitaria sulla mortalita infantile in Italia. (Einfluß der sanitären Gesetzgebung auf die Kindersterblichkeit in Italien.) La Pediatria, 1912, Bd. XX, S. 161 u. 241.

Geo. W. Fitch. The conservation of youth. (Bewahrung der Jugend.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 467.

M. Florentin. La mortalité infantile dans une région agricole qui se dépeuple (arrondissement de Langres). Thèse de Nancy, 1912, Nr. 36.

Gustav Franke. Beitrag zur Statistik der Sterblichkeitsverhältnisse unehelicher Kinder im Großherzogtum Baden. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1912, Bd. VI, S. 365.

Rowland Goderey Freeman. Infant milk depots. (Säuglingsmilchküchen.) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 724.

Ferdinand Goldstein. Weiteres zur Bevölkerungsfrage. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh., 1912, Bd. LXXIII, S. 55.

Grassl. Geburtenzahl und Säuglingsfürsorge. Vierteljahresschr. f. gerichtl. Med., 1912, Bd. VL, S. 119.

Grauermann und **Saltzeff.** Die städtische Säuglingsfürsorge in Moskau. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1912, Bd. VI, S. 22.

W. Hanauer. Neuere Arbeiten über Säuglingssterblichkeit (Sammelreferat). Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 19.

Hanssen. Über die Sommer-Sterblichkeit der Säuglinge nach Untersuchungen in Kiel in den Jahren 1909, 1910 und 1911. Arch. f. soziale Hyg., 1913, Bd. VIII, S. 65.

— Über Säuglingssterblichkeit in früheren Jahrhunderten. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1912, Bd. IV, S. 190.

T. W. Harvey. The doctor and eugenics. Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 491.

Rudolf Hecker. Über Einrichtungen von Wanderausstellungen der Säuglingsfürsorge. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1912, Bd. VI, S. 293.

Hillenberg. Die praktische Durchführung der Säuglingsfürsorge im Landkreise Zeitz. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1912, Bd. IV, S. 291.

Hillenberg. Geburtenhäufigkeit, Allgemeinsterblichkeit und Säuglingsmortalität in den einzelnen Regierungsbezirken Preußens während der Jahre 1886 bis 1910, nach Stadt und Land getrennt. Arch. f. soziale Hyg., 1913, Bd. VIII, S. 37.

Hoffmann. Statistische Erhebungen über die Säuglingssterblichkeit der Amtshauptmannschaft Schwarzenberg im Jahrfünft 1906 bis 1910. Vortrag, gehalten a. d. Versammlung sächs.-thüring. Kinderärzte in Halle a. S. am 19. Mai 1912.

Holt. Importance of hospitals for infants and their part in prevention of infant mortality. (Bedeutung der Kinderhospitäler zur Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit.) Cleveland Med. Journ., Oktober 1912.

Abraham Jacobi. The best means of combating infant mortality. (Die besten Mittel zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LVIII, S. 1735.

Rud. Th. Jaschke. Ziele und Erfolge der Säuglingsfürsorge an Gebäranstalten. Reichs-Medizinal-Anzeiger, 1913, Bd. XXXVIII, S. 1.

F. Kemsies. Hygiene und Gymnastik im Film. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1913, Bd. XXVI, S. 243.

S. Kerness. Die Sterblichkeit der Kinder in den ersten 8 Tagen nach der Geburt und ihre Ursachen. Dissertation, München 1912.

Wilhelmina Kolff. Über die hygienischen Verhältnisse auf den Rheinschiffen, mit besonderer Berücksichtigung der Versorgung der Kinder im ersten und zweiten Lebensjahre. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1912, Bd. VI, S. 1 und 49.

Laserstein. Ärztliche Indikationen in Hinsicht auf den Geburtenrückgang. Med. Reform, 1913, Bd. XXI, S. 32.

Maurice Loriou. Sur la mortalité infantile et l'alimentation des nourrissons. (Kindersterblichkeit und Säuglingsernährung.) Thèse de Paris, 1911/12, Nr. 374.

Robert W. Lovett. The new children's hospital. (Das neue Kinderspital.) Boston Med. and Surg. Journ., 1912, Bd. CLXVI, S. 880.

Heinrich Lübbering. Die Sterblichkeit der Säuglinge in Essen mit besonderer Berücksichtigung ihrer Ernährungsweise. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1912, Bd. VI, S. 329, 377.

H. Méry und **Malhéné.** La défense contre les maladies contagieuses à l'asile de débiles de Médan. Bull de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 3.

H. W. Methorst. Die Säuglingssterblichkeit in den Niederlanden und die Untersuchung nach den Ursachen derselben unter Berücksichtigung der Ernährungsweise und der sozialen Verhältnisse der im Jahre 1908 im Haag und Scheveningen geborenen Kinder. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1912, Bd. VI, S. 118, 170.

Mittelhäuser. Säuglingssterblichkeit, ihre Ursachen und ihre Bekämpfung. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1912, Bd. IV, S. 210.

Müller. Berufsvormundschaft, Pflegekinderaufsicht und Mütterberatungsstelle. Korreferat, gehalten a. d. III. Deutschen Kongreß f. Säuglingsfürsorge, Darmstadt, 1912.

Georg Müller. Die Anwendung des sogenannten Genter Systems auf die Mutterschaftsversicherung. Soziale Praxis, 1913, Bd. XXII, S. 449.

Milda Neuberg. Die Säuglingsmortalität in den kleinen Städten und mittelgroßen Ortschaften der Schweiz. Dissertation, Zürich 1912, Nr. 100 (Gebr. Leemann & Co.).

H. Neumann. Zusammenfassung der Säuglingsfürsorge und ihre Stellung innerhalb der allgemeinen Wohlfahrtspflege. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1912, Bd. VI, S. 65.

Zur Nieden. Die Säuglingsfürsorge in den Landkreisen der Rheinprovinz. Concordia, 1913, Bd. XX, S. 5.

Poelchau. Säuglingspflege und Schule. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1912, Bd. IV, S. 335.

Felix Proskauer. Über die Betriebstechnik der Berliner Säuglingsfürsorge. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1912, Bd. VI, S. 209.

Gustav Riether. Aus dem niederösterreichischen Landes-Zentralkinderheime in Wien. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1912, Bd. VI, S. 224.

Hans Risel. Säuglingssterblichkeit und Mortalität der Infektionskrankheiten. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1912, Bd. V, S. 440.

H. Risel und **F. Schmitz.** Über Stillprämien und ihre Erfolge. Arch. f. Kinderheilk., 1912, Bd. LIX, S. 43.

Julius Ritter. Das öffentliche Säuglingskrankenhaus der Gemeinde Berlin-Weissensee. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1912, Bd. IV, S. 153.

Heinrich Rosenhaupt. Der Frankfurter Verband für Säuglingsfürsorge, seine Entstehung und seine Organisation. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1912, Bd. VI, S. 105.

Heinrich Rosenhaupt. Die Sommersterblichkeit der Säuglinge in Frankfurt a. M. im Jahre 1911. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1912, Bd. VI, S. 247.

— Säuglingspflege als Lehrgegenstand in den Unterrichtsanstalten für die weibliche Jugend. Referat, gehalten a. d. III. Deutschen Kongreß für Säuglingsfürsorge, Darmstadt 1912.

Rott. Gesetzliche Regelung des Krippenwesens. Referat, gehalten a. d. III. Deutschen Kongreß für Säuglingsfürsorge, Darmstadt 1912.

L. Schaps. Bericht über die Kinderfürsorgestelle Friedenau an die Gemeindevertretung nebst einem statistischen Anhang über Friedenau. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1912, Bd. V, S. 451.

Arnold Schiller. Zur Statistik der Erfolge der offenen Säuglingsfürsorge. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1912, Bd. VI, S. 135.

Schröter. Städtische Säuglingsprämiierung in Bergisch-Gladbach. Zentralblatt f. allgem. Gesundheitspflege, 1913, Bd. XXXII, S. 5.

C. Seitz. Die Zentrale für Säuglingsfürsorge in Bayern. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1912, Bd. VI, S. 187.

F. Siebert. Zur Frage der Verhütung der Schwangerschaft. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1912, Bd. VI, S. 267.

Taube. Berufsvormundschaft, Pflegevormundschaft, Pflegekinderaufsicht und Mutterberatungsstelle. Referat, gehalten a. d. III. Deutschen Kongreß für Säuglingsfürsorge, Darmstadt 1912.

L. Tissier. L'avortement thérapeutique et la loi. Arch. mensuelles d'obstétr. et de gynécol., 1913, Bd. XVIII, S. 52.

H. Triboulet. Rapport sur les améliorations à apporter au fonctionnement des crèches d'hôpital. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 3, S. 125.

Gustav Tugendreich. Schwimmende Säuglingskrippen. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1192, Bd. IV, S. 330.

Tuley. Infant mortality, its causes and prevention. (Ursachen und Verhütung der Säuglingssterblichkeit.) Kentucky Med. Journ., 1. Dezember 1912.

Jean Villanova. Deux consultations obstétricales de nourrissons. Lariboisière, 1906 bis 1910. La Maternité. 1911—12. Thèse de Paris, 1912, Nr. 461.

Wall. Postnatal causes of infant mortality. (Postnatale Ursachen der Säuglingssterblichkeit.) Amer. Journ. Obstet., Dezember 1912.

Max Wichura. Über die erste Versorgung kranker Säuglinge bei der Aufnahme in Anstalten. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1912, Bd. VI, S. 237.

v. Wilmowski. Gesetzliche Regelung des Krippenwesens. Korreferat, gehalten a. d. III. Deutschen Kongreß für Säuglingsfürsorge, Darmstadt 1912.

Adolf Würtz. Der Stand der Säuglingsfürsorge in Elsaß-Lothringen (nach amtlichen Erhebungen). Zeitschr. f. Säuglingsschutz 1912, Bd. IV, S. 311.

Schule.

Adolf Baginsky. Kinderkrankheiten während des Schullebens. Arch. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LIX, S. 379.

Duffield. Importance and care of school children's teeth. (Zahnpflege bei Schulkindern.) Journ. Med. Soc. New. Jersey, November 1912.

Edwards. Medical inspection of schools from point of view of health officer. (Schulaufsicht vom amtlichen Standpunkte.) Bull. Amer. Acad. of Med., Dezember 1912.

Egbert. Teaching hygiene in public schools. (Hygieneunterricht in der Schule.) Bull. Amer. Acad. of Med., Oktober 1912.

R. Fels. Eine Feststellung zu der Arbeit von Dr. Kschischo. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1913, Bd. XXVI, S. 38.

G. Gohde. Über schulärztliche Tätigkeit unter Zugrundelegung der Dienstordnung für die Schulärzte in Potsdam. Der Schularzt, 1913, Bd. XI, S. 34.

Ira M. Hardy. Schools for the feebleminded. — The State's Best Insurance Policy. (Schulen für Schwachsinnige.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 732.

Henneberg. Über die Notwendigkeit eines besonderen Hygiene-Unterrichtes in den Volksschulen. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1913, Bd. XXVI, S. 168.

Hans Janusehke. Stellungnahme der Kinderärzte zur Schularztfrage. Beiblatt z. d. Mitteilungen d. Gesellschaft f. innere Med. u. Kinderheilkunde in Wien, 1913, Bd. XII, S. 10.

E. R. Johnstone. The relation of defective children to the public schools. (Abnorme Kinder und öffentliche Schulen.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 462.

Gustav Major. Das Poltern der Kinder und seine Behandlung. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1913, Bd. XXVI, S. 249.

Moldenhauer. Die schulhygienische Abteilung in dem städtischen Museum für Volkshygiene in Cöln und die Lehrer. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1913, Bd. XXVI, S. 33.

— Der staatliche, obligatorische Schularzt in Württemberg. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1913, Bd. XXVI, S. 184.

Frank Moxon. Some remarks, with statistics, on the treatment of 1305 school children. The Brit. Med. Journ., Oktober 1912, S. 1013.

Placak. Open-air schools in Cleveland. (Freiluftschulen in Cleveland.) Cleveland Med. Journ., Oktober 1912.

Wachenheim (New York).

William Gray Schauffler. The state's responsibility for its school children. (Die staatliche Verantwortlichkeit für Schulkinder.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 473.

Schmitt. Some physical conditions underlying backwardness. (Physikalische Ursachen des Zurückbleibens der Schulkinder.) Amer. Journ. Obstet., September 1912.

Storrow Shennan. The teeth et school ages. (Die Zähne im Schulalter.) Brit. Med. Journ., 1912, Nr. 2685, S. 1305.

Ignaz Steinhardt. Ferienversicherung. Der Schularzt, 1913, Bd. XI, S. 1.

Irving David Steinhart. Seven sex talks to boys. Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 84.

F. Steinhaus. Beiträge zur Frage der Ventilation von Klassenräumen. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1913, Bd. XXVI, S. 6.

Stephani. Zwangslose Betrachtungen zu schwebenden schulärztlichen Fragen. Der Schularzt, 1913, Bd. XI, S. 18.

White. Prevention of infection of respiratory tract in schools. (Verhütung von Infektion der Atemwege in der Schule.) Bull. Amer. Acad. of Med., Dezember 1912.

Ira S. Wile. A programme for sex instruction. (Programm für sexuelle Aufklärung.) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 126.

25 Jahre im Dienst der Schulgesundheitspflege. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1913, Bd. XVI, S. 1.

Stephani und **Wimmenauer.** Schulzahnklinik oder freie Zahnarztwahl. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1913, Bd. XXVI, S. 225.

Story. Medical inspection of schools from standpoint of educator. (Schulaufsicht vom Lehrerstandpunkt.) Bull. Amer. Acad. of Med., Dezember 1912.

Ad. Thiele. Bewegung und Ruhe? Eine Schulgesundheitsfrage in der Großstadt. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1913, Bd. XXVI, S. 161.

Tomlinson. Importance of care of eye, ear, nose and throat in school children. (Augen-, Ohren-, Nasen- und Rachenpflege bei Schulkindern.) Journ. Med. Soc. New Jersey, November 1912.

Inhalt.

Wachenheim. *Amerikanische Literatur über Poliomyelitis 193.* — **Anatomie und Physiologie. Allgemeine Pathologie und Therapie. Williams. Fraenkel.** *Körpertemperatur 196.* — **Mendelssohn.** *Wärmeregulierungsvermögen 196.* — **Cantley** *196.* **Lapage.** *Fieber 197.* — **Wollstein** und **Morgan. Michiels.** *Blutuntersuchungen 197.* — **Cevidalli.** *Nebennieren 197.* — **Phail.** *Massage 198.* — **Hunaeus.** *Kreosotal 198.* — **Boas.** *Follikulin 198.* — **Fischer** und **Klemperer.** *Lipoide Arsenverbindungen 198.* — **Ernährung und Stoffwechsel. Eaton.** *Säuglingsernährung 199.* — **Peiser.** *Konservierte Ammenmilch 199.* — **Holt. Levene. Brown. Wollstein. Courtney. Moore.** *Eiweißernährung 199.* — **Meyer.** *Alimentäre Vergiftung 199.* — **Steiner.** *Gastrointestinale Störungen 200.* — **Mallié.** *Bakteriotherapie 200.* — **Rosenstern.** *Hunger 200.* — **Lust.** *Kuhmilch-Idiosynkrasie 200.* — **Mackenzie.** *Epidemische Diarrhöe 201.* — **Schmidt.** *Sauerstoffbehandlung der Darmkrankheiten 201.* — **Colt.** *Schema 201.* — **Pisek** und **Le Wald.** *Pylorus-*

stenose 201. — **Thomas.** *Riesenwuchs 202.* — **Unger** *202.* **Neukirch.** *Icterus neonatorum 203.* — **Liefmann** und **Lindemann. Schlesinger.** *Säuglingssterblichkeit 204.* — **Lewin.** *Untersuchung des Mekoniums 204.* — **Usener.** *Salolspaltendes Ferment der Frauenmilch 205.* — **Huldschinsky.** *Flüchtige Fettsäuren im Mageninhalt 205.* — **Castex.** *Pflanzliches Labferment 206.* — **Heß.** *Pankreasfermente 206.* — **Heiman, Bookman** und **Crohn.** *Stoffwechsel bei familiärer amaurotischer Idiotie 207.* — **Klinik der Kinderkrankheiten. Ward.** *Leukämie 207.* — **Stein.** *Bantische Krankheit 207.* — **Niemann.** *Ikterus 207.* — **Vincent. Pitfield.** *Hämophilie 208.* — **Kassowitz. Dibbelt** *208.* **Aschenheim.** *Rachitis 209.* — **Langstein.** *Rachitis und Spasmophilie 209.* — **Lewy.** *Osteospathyrosis 209.* — **Guthrie.** *Adenoide 209.* — **Naish.** *Infantilismus 210.* — **Boissonnas.** *Thymushypertrophie 210.* — **Flachs.** *Dentition 210.* — **Usener.** *Luftschlucken 210.* — **Freeman.** *Pneumonie 210.* — **Stoll.** *Bronchialdrüsenvergrößerung 210.* — **Murphi.** *Helminthiasis 211.* — **Pollitzer.** *Orthostatische Albuminurie 211.* — **Pollitzer.** *Chondroiturie 211.* — **v. Planta.** *Diathesen und Hochgebirge 211.* — **Towle** und **Talbot.** *Ekzem 211.* — **Veiel** und **Fritz.** *Ekzem* — **Doutrelepont.** *Halstuberkulose* — **Herxheimer** und **Altmann.** *Krankheiten der behaarten Kopfhaut 212.* — **Bunch.** *Hauterkrankungen 212.* — **Unwin** und **Eddowes.** *Erythem 212.* — **Thomson.** *Infektionskrankheiten 212.* — **Klemperer** und **Worta. Banks. Baginsky.** *Scharlach 213.* — **Aronson** und **Sommerfeld** *213.* **Tait.** *Masern 214.* — **Lorey. Michiels** und **Schick. Müller. Feer** *215.* **Hahn. Braun. Schöne. Conradi** und **Bierast** *216.* **Coghlan.** *Diphtherie 217.* — **Bering. Dünzelmann.** *217.* **Hahn. Andronescu. Castelli. Dean.** *Syphilis 218.* — **Liebermeister** *218.* **Delépine. Zarfl** *219.* **Hoobler. Koch** *220.* **Hochstetter. Rosenbach** *221.* **Bier. Citron. Iselin** *222.* **Machard. Royal Commission.** *Tuberkulose 223.* — **Veras.** *Herpes zoster 223.* — **Ruhräh.** *Anginaepidemie 223.* — **Mackenzie.** *Rheumatismus 224.* — **Buzzard. Klose. Vulpius. Neustädter** und **Thro** *224.* **Tomkys. Cross. Hewitt.** *Poliomyelitis 225.* — **Bovaird.** *Epidemische Zerebrospinalmeningitis 225.* — **Pearson** *225.* **Lucas. Davies.** *Meningitis 226.* — **Reh** und **Méroz.** *Otitis media 226.* — **Yearsley.** *Taubheit 226.* — **Witzinger.** *Pseudotetanus 227.* — **Neumann.** *Fazialisphänomen 227.* — **Grober.** *Chorea minor 228.* — **Williams.** *Juvenile Psychasthenie 228.* — **Sullivan.** *Schwachsinn 228.* — **Thomas. Löwy**

und **Sommerfeld.** *Myxödem 228.* — **Ammann. Mackintosh.** *Epilepsie 229.* — **Halle.** *Tonsillenexstirpation 229.* — **Rohmer.** *Tracheotomia transversa 230.* — **Schick.** *Malignes Granulom 230.* — **Blevgad.** *Trommelfellanästhesie 230.* — **Sanderson.** *Angiom 231.* — **Meyer.** *Hirschsprungsche Krankheit 231.* — **Mitchell. Owen.** *Appendizitis 231.* — **Walton.** *Verlagerung der Gallenblase 231.* — **Roughton.** *Ingenialhernie 231.* — **Schultze.** *Köhlersches Knochenbild 232.* — **Schultze.** *Schlattersche Krankheit 232.* — **Partsch.** *Osteomyelitis der Patella 232.* — **Hagemann.** *Oberschenkelfraktur 232.* — **Besprechungen. Brüning** und **Schwalbe.** *Handbuch der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie des Kindesalters 233.* — **Ombrédanne.** *Technique chirurgicale infantile 234.* — **Keller** und **Klumker.** *Säuglingsfürsorge und Kinderschutz in den europäischen Staaten 234.* — **Marburg.** *Hemiatrophia facialis progressiva 236.* — **Ziehen.** *Beziehungen zwischen Gehirn und Seelenleben 236.* — **Tluchov.** *Elternkonferenzen und Elternabende 236.* — **Schwerz.** *Wachstum des Menschen 236.* — **Michaelis.** *Kompendium der Entwicklungsgeschichte 236.* — **Brezina.** *Internationale Übersicht der Gewerbekrankheiten 237.* — *I. Ergänzende Literatur: Übersicht 237.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin, W. 50, Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.

Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny	Göppert	Knöpfelmacher	Moro	Thiemich	Tobler
Berlin	Göttingen	Wien	Heidelberg	Leipzig	Breslau

Berend	Comba	Johannessen	Koplik	Marfan	Thomson	Wieland
Budapest	Florenz	Kristiania	New-York	Paris	Edinburg	Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis der Abteilung „Referate" (ca. 50 Bogen) Mk. 24.—.
Preis der Abteilung „Originalien" (ca. 35—40 Bogen) Mk. 20.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XII. **Referate.** Nr. 4.

Die Therapie der Kinderkrankheiten im Jahre 1912.

Zusammenfassendes Referat von Priv.-Doz. Dr. **W. Birk** (Kiel).

Im folgenden habe ich den Versuch gemacht, die therapeutischen Leistungen des Jahres 1912, nach ihrem Indikationsgebiet geordnet, zusammenzustellen. Ich habe in erster Linie solche Arbeiten berücksichtigt, die in den Einzelreferaten noch nicht vertreten waren. Der Vollständigkeit halber habe ich jedoch auch die bereits referierten Arbeiten noch einmal erwähnt, wenn auch nur kurz und unter Verweisung auf das ausführliche Referat. Ich hoffe, so eine ziemlich lückenlose Zusammenstellung geliefert zu haben.

Arbeiten über therapeutische Neuheiten versprechen oft viel und halten wenig. Ich habe mir deshalb erlaubt, wo mir über ein Mittel eigene Erfahrungen zu Gebote standen, mein Urteil hinzuzufügen.

Die Anordnung des Stoffes geschah nach folgender Einteilung:

I. Krankheiten der Neugeborenen.
II. Akute Infektionskrankheiten.
III. Chronische Infektionen.
IV. Respirationsapparat.
V. Zirkulationsapparat.
VI. Verdauungstraktus.
VII. Würmer.
VIII. Hautkrankheiten.
IX. Erkrankungen des Nervensystems und Verwandtes.
X. Konstitutionskrankheiten.
XI. Schädigungen durch Medikamente.

I. Krankheiten der Neugeborenen.

Prophylaxe der Blennorrhöe.

Zur Prophylaxe der Blennorrhöe wendet Zweifel (1) Einträufelungen von 1%iger Argent. acetic.-Lösung an. Dadurch wird eine viel geringere Reizung der Bindehaut bewirkt und außerdem der Gefahr der Konzentrierung der Flüssigkeit durch Austrocknen vorgeebugt. Denn essigsaures Silber ist nur bis zu 1% in Wasser löslich.

Ein noch idealeres — angeblich auch dem Argent. acetic. überlegenes — Mittel ist der Sophol in 5%iger Lösung, über das Lentz (2) aus der Münchener Frauenklinik berichtet. Während beim Argent. acetic. noch in 35% der Fälle Reizungserscheinungen zu beobachten sind, ist das beim Sophol nur in 8% der Fall.

Geburtstrauma.

Bei intrakraniellen Blutungen infolge des Geburtstraumas empfiehlt Smith (3), im Bereiche der Koronarnaht doppelseitige Inzisionen anzulegen und durch diese den Bluterguß zu entleeren.

Die Behandlung der löffelförmigen Impressionen des Schädels bei Neugeborenen geschieht am besten so, daß durch digitalen konzentrischen Druck die eingedrückte Stelle abgeflacht wird. Hat man damit keinen Erfolg, so empfiehlt es sich, mit einen vernickelten kleinen Korkenzieher den Knochen durch die Haut hindurch anzubohren und herauszuhebern (v. Herff [4]).

Dieselbe Methode hat sich Soli (5) bewährt.

Lues bei Neugeborenen.

Über Behandlung luetischer Neugeborener mit Salvarsan berichtet Engelmann (6). Er legt die Kubitalvene frei und injiziert Mengen von 0·04 bis 0·1 Salvarsan. Das Durchstechen der Venenwand läßt sich vermeiden, wenn man zwischen Kanüle und Spitze ein Gummistück einspaltet. Er empfiehlt eine Wiederholung der Salvarsaninjektion sowie Kombination mit Quecksilber.

Hämorrhagische Erkrankungen.

Die vielgeübte Behandlung der Hämophilie mit Seruminjektionen bewährte sich auch in einem Falle wieder, den Waeber mitteilt. Injektion von 5 cm³ Diphtherieserum führte zum sofortigen Stillstand der Blutung, nachdem eine Injektion von 20 cm³ Gelatine erfolglos geblieben war.

Myers (7) benutzte statt des artfremden Serums undefibriniertes mütterliches Blut, das er bei Metaena neonatorum in Mengen von 3 und 5 cm³ injizierte. Unger (8) gebrauchte mütterliches Serum (2 cm³) und sah in 3 Fällen guten Erfolg davon. Väterliches Serum wurde von Vincent (9) und von Nicholson (10) verwendet. Letzterer gab 6 bis 20 cm³ mehrmals täglich. Vincent trans-

fundierte vermittels besonders konstruierter Glasröhrchen das Blut direkt aus der Radialis des Vaters in die Vena femoralis oder Jugularis der Kinder.

Die Verwendung arteigenen Blutes hat große Vorteile und ist in Gebäranstalten außerdem sehr bequem durchführbar. Wie man zweckmäßig dabei vorgeht, entnehmen wir einer Arbeit von Franz (11), der diese Therapie vielfach geübt hat.

„Zur Herstellung des Serums wird das Blut in der Weise gewonnen, daß bei gesunden Kreißenden nach der Abnabelung des Kindes das Blut aus der Nabelschnur unter sterilen Kautelen in Eprouvetten aufgefangen wird. Das Serum wird zentrifugiert, in Fläschchen aus dunklem Glase zu 30, 50 und 100 cm³ gefüllt und mit einigen Tropfen Chloroform versetzt. Die Fläschchen werden luftdicht verschlossen und in einem dunklen und kühlen Raum aufbewahrt. Die zu verwendende Menge des Serums wird mittels einer 10 bis 20 cm³ fassenden Rekordspritze aus dem Fläschchen ohne vorheriges Schütteln entnommen. Um das Serum körperwarm einzuspritzen, kann Serumfläschchen und Spritze vorher vorsichtig erwärmt werden.

Die Injektion des Serums geschieht nach Jodtinkturdesinfektion der Haut am besten im Bereich der Oberschenkel oder der Gesäßbacken subkutan oder intramuskulär....."

Das verwendete Serum war 1 bis 4 Monate alt. Die Dosis betrug 10 bis 25 cm³ bei subkutaner Einverleibung. Die Injektionen wurden auch wiederholt. Temperaturanstieg in einzelnen Fällen, wo höhere Serumdosen einverleibt wurden, war bedeutungslos.

1. **Zweifel.** Zur Verhütung der Augeneiterung der Neugeborenen. Zentralblatt f. Gynäkol., 1912, S. 881.
2. **Lentz.** Zur Prophylaxe der Ophthalmoblennorhoea neonat. Münchener med. Wochenschr., S. 2161.
3. **Smith.** 2 Fälle von intrakranieller Hirnblutung bei Neugeborenen. Zitiert nach Therap. Monatshefte, S. 294.
4. **v. Herff.** Zur Behandlung der Schädeleinbrüche der Neugeborenen. Zentralbl. f. Gynäkol., 1912, Nr. 39.
5. **Soll.** Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Schädelimpressionen der Neugeborenen. Arch. f. Gynäkol., Bd. 97.
6. **Engelmann.** Zur Technik und Dosierung der Salvarsaninjektionen bei der Behandlung der Neugeborenen. Zentralbl. f. Gynäkol., 1911, Nr. 36, S. 65.
7. **Myers.** Die subkutane Injektion kleiner Mengen menschlichen Blutes bei spontanen Hämorrhagien Neugeborener. Arch. of Ped., S. 197.
8. **Unger.** Beiträge zur Pathologie und Klinik der Neugeborenen. Wiener klin. Wochenschr., 1912, Nr. 39.
9. **Vincent.** Bluttransfusion bei hämorrhagischer Diathese der Neugeborenen. Verwendung der Jugularis externa. Zitiert nach Therap. Monatschr., S. 622.
10. **Nicholson.** Behandlung von Meläna neon. mit menschlichem Blutserum. Zitiert nach Monatschr., 1912, S. 164.
11. **Franz.** Serumtherapie bei Meläna neonatorum. Münchener med. Wochenschr., 1912, S. 2905.

II. Akute Infektionskrankheiten.

Scharlach.

Die Erfolge der Salvarsanbehandlung bei Lues gaben den Anlaß, auch bei den anderen Krankheiten, die durch Spirochäten

verursacht werden, beziehungsweise in einem derartigen Verdacht stehen, das Salvarsan in Anwendung zu bringen. Somit kam es auch bei der Behandlung der Skarlatina in Gebrauch.

Lenzmann (1) hat es in 20 Fällen versucht. Er gab bei 3- bis 8jährigen Kindern 0·1 pro dosi, bei älteren 0·15 g — angeblich mit gutem Erfolge. Überzeugender als die Krankengeschichten Lenzmanns wirken die Beobachtungen von Klemperer und Woita (2). Die Dosen, die diese verabfolgten, waren für das erste Lebensjahr 0·1, das zweite 0·2, bei älteren Kindern 0·3, bei Erwachsenen 0·5. Injektion intravenös. Behandelt wurden nur die schwereren Fälle. Vor der Salvarsanbehandlung betrug die Mortalität in der gleichen Epidemie 24·5%, bei Salvarsangebrauch jedoch nur 8·3%!

Auch Lorey (3) hat günstige Erfolge von der Salvarsantherapie gesehen. Die Komplikationen blieben jedoch unbeeinflußt.

Die medikamentöse Behandlung des Scharlachs (und der Masern) mit Einreibungen von Eukalyptusöl nach Milne wurde von Körber (4) und Kretschmer (5) versucht und abgelehnt.

Die Behandlung besteht darin, daß die Kranken vom Kopfe bis zu den Fußsohlen mit reinem Eukalyptusöl eingepinselt werden. Das geschieht in den ersten 4 Tagen zweimal täglich, in den folgenden 6 Tagen einmal täglich. Gleichzeitig werden die Tonsillen während der beiden ersten Behandlungstage zweistündlich mit 10%igem Karbolöl bestrichen.

Einen Erfolg mit dieser Behandlung konnten beide Autoren nicht erzielen.

Poljakoff (6) injizierte bei Scharlach nukleinsaures Natron. Er bewirkte dadurch einerseits eine Hyperleukozytose und anderseits eine günstige Beeinflussung der Skarlatina: Besserung der Allgemeinerscheinungen, Temperaturabfall usw. Erprobt in 90 Fällen.

Über die Diät bei Scharlach hat Brückner (7) geschrieben. Er hat keinen Vorteil von der Milchdiät gesehen, sondern gibt die gemischte übliche Kost.

Den breitesten Raum in der Literatur der Therapie des Scharlachs nimmt begreiflicherweise die Serumtherapie ein. Die Urteile darüber gehen unvereinbar weit auseinander. Die Prophylaxe der Skarlatina durch Seruminjektionen übte Szekeres (8) (Universitäts-Kinder-Klinik Budapest).

Von 22 Kindern, die er mit je 15 bis 20 cm^3 Moserschem Serum injizierte, erkrankte kein einziges. Watters (9) übte eine Scharlachprophylaxe durch Vakzination mit einer Scharlachvakzine nach Gabrischewsky. Er injizierte von einer abgetöteten polyvalenten Scharlachstreptokokken-Bouillon-Kultur subkutan erst 50 Millionen, nach 8 Tagen 100 Millionen, nach weiteren 8 Tagen 200 Millionen. Von 14 nicht geimpften Personen (Pflegerinnen der Scharlachstation) erkrankten 5, von 21 geimpften nur 1.

Über die Behandlung des Scharlachs hat Lewkowitsch (10) in dieser Monatsschrift (S. 676, Orig.) berichtet. Er verwendete

Palmirskisches und Budjwidsches Serum. Von ersterem wurden je 50, vom zweiten je 100 cm³ eingespritzt. Die Erfolge waren nicht sehr berühmt

Jochmann (11) versuchte

1. ein Streptokokkenvakzin,
2. ein Antistreptokokkenserum,
3. eine kombinierte Serum- und Vakzinetherapie.

Bei der ersten Form der Behandlung wurde ein Vakzin injiziert, das aus verschiedenen, aus dem Blute Scharlachkranker gezüchteten Streptokokkenstämmen hergestellt war. Behandelt wurden auf diese Weise 130 Kinder. Der Erfolg war negativ. — Bei der Serumbehandlung wurde Pferde- oder Maultierserum benutzt. Die Tiere waren gegen Scharlachstreptokokken immunisiert. Die Dosen betrugen 50 cm³, mehrfach wiederholt, subkutan injiziert. — Ein greifbarer Erfolg war weder mit der Serumbehandlung allein noch mit der Kombination von Vakzine und Serum zu erzielen.

Reiß und Jungmann (12) gebrauchten Rekonvaleszentenserum. Sie entnahmen bei Patienten, die in der 3. oder 4. Woche der Erkrankung standen, etwa 100 bis 200 cm³ Blut durch Aderlaß. Das Blut wurde zentrifugiert und das Serum mit dem von anderen Patienten vermischt. Gewöhnlich wurden drei verschiedene Sera vereinigt. Es wurde natürlich nur solches Serum benutzt, das Wassermannnegativ und kulturell steril war. Je 50 cm³ Serum wurden nach Zusatz von 5 Tropfen 5%iger Karbollösung in Glasampullen eingeschmolzen.

Die Applikation geschah ausnahmslos intravenös. Die Dosen betrugen für Kinder 50 cm³.

Zur Behandlung wurden lediglich schwere und schwerste Fälle gewählt. Von 12 Fällen gaben 2 einen Mißerfolg — der eine war eine Streptokokkensepsis, die erst am 7. Tage injiziert wurde, der andere eine Staphylokokkensepsis. Die übrigen 10 zeigten eine eklatante Beeinflussung zur Besserung. Bereits 2 bis 4 Stunden nach der Injektion begann ein kritischer Temperaturabfall, der in 9 bis 14 Stunden vollkommen war. Zugleich trat eine Besserung des Allgemeinbefindens, des Pulses und der Atmung ein.

Eine Beeinflussung der Begleit- und Folgeerscheinungen des Scharlachs war bemerkenswerterweise nicht zu beobachten.

Die Urteile über das Mosersche Serum lauteten ganz widersprechend: während Großmann (13) keine Erfolge damit erzielt hat (wie auch mit dem Aronsohnschen Antistreptokokkenserum), sind Szekeres (8) und namentlich Schick (14) überzeugte, ja begeisterte Gläubige seiner Wirksamkeit.

Letzterer stellt für die Anwendung des Moserschen Serums folgende Grundsätze auf:

1. Behandlung nur der Fälle mit Prognosis III (dubia) und IV (letalis).

2. Möglichst frühzeitige Injektion, womöglich in den ersten 2 Tagen der Erkrankung. Der dritte Krankheitstag ist der letzte Termin, an welchem man noch mit größter Wahrscheinlichkeit einen Erfolg der Serumbehandlung erwarten darf. Nach dem 5. Krankheitstage injiziert, hat das Serum keine Wirkung mehr.

3. Am geeignetsten zur Injektion sind Fälle von toxischem Scharlach, Erkrankungen, bei denen die Rachenerscheinungen fehlen oder mäßig entwickelt sind.

4. Zur Verwendung in der Praxis sollen nur solche Sera kommen, deren Wirksamkeit am Krankenbette schon konstatiert ist. Minderwertige Seren sollten gar nicht ausgegeben werden. Serie I und Serie II des im k. k. serotherapeutischen Institute in Wien erzeugten Moser-Serums hat nur entsprechenden Erfolg gebracht.

5. Die Injektionsmenge beträgt 200 cm^3 (nur bei Kindern im ersten Lebensjahre und in der ersten Hälfte des zweiten kann man 100 cm^3 verwenden).

6. Alle sonstigen therapeutischen Maßnahmen bleiben aufrecht, insbesondere das Bemühen um Erhaltung der Herzkraft.

Es ist — so schreibt derselbe Autor weiter — nach unserer Meinung für die Behandlung des schweren, rein oder vorwiegend toxischen Scharlachs das Mosersche Scharlachstreptokokkenserum das einzige Mittel, mit dem man Erfolge erzielen kann. Wir glauben nicht, daß das Moser-Serum das ideale Mittel in der Scharlachbekämpfung ist und keiner Verbesserung bedarf, wir halten es für das derzeit beste Mittel, und es ist uns nicht bange um seine Zukunft. Die Mißerfolge der meisten Autoren haben ihre Ursache in der Verwendung zu kleiner Dosen, in der unrichtigen Auswahl der Fälle, in der Anwendung minderwertiger Serumsorten und in der willkürlichen Abänderung der Immunisierungsmethoden. Wir setzen noch hinzu, daß bei Überprüfung der Serumwirksamkeit das Urteil nicht auf Grund von Beobachtungen einer nur geringen Anzahl von Fällen abgegeben werden soll; es ist auch deutlich zu sehen, wie fast alle diejenigen Autoren, die viele Fälle injiziert haben, Anhänger des Moser-Serums sind.

Über Versuche, durch lokale Anwendung von Serum den Scharlach (auch Diphtherie und sonstige eitrige Prozesse) zu beeinflussen, hat Lorey (3) berichtet. In schweren Fällen von Skarlatina, die mit tiefgreifenden, gangränösen, stinkenden Nekrosen des Rachens einhergehen, bei denen die Nase durch schmierigen, dicken Eiter verstopft, der Naseneingang excoriiert und die Mundwinkel mit blutenden schmierigen Rhagaden belegt sind, hat er mit Pferdeserum beschickte Tampons auf die Ulzerationen aufgelegt. Sehr bald danach reinigten sich die Nekrosen, die Nase wurde durchgängig und es trat eine reichliche, dünne Sekretion ein. Als Serum benutzte er gewöhnliches Pferdeserum, das steril gewonnen wurde und mit physiologischer Kochsalzlösung auf das 15- bis 30fache verdünnt wurde. Zur Konservierung setzte er etwas Chloroform oder 0·5% Phenol hinzu. Zweckmäßig wird jedoch nicht zu altes

Serum benutzt. — Nach langdauernder Tamponade tritt sogar gelegentlich ein leichtes Serumexanthem auf.

1. **Lenzmann.** Die Beeinflussung des Scharlachs durch intravenöse Salvarsaninjektion. Med. Kl., Nr. 17.
2. **Klemperer** und **Wolta.** Über Behandlungsversuche mit Salvarsan bei Scharlach. Therap. d. Gegenw., 1912, Bd. 53, S. 198.
3. **Lorey.** Behandlung des Scharlachs mit Salvarsan. Ärztl. Verein in Hamburg. Münchener med. Wochenschr., S. 2593. Vgl. auch: Diphtherie.
4. **Körber.** Über die Eukalyptusbehandlung des Scharlachs. Münchener med. Wochenschr., 1912, Bd. 59, S. 581.
5. **Kretschmer.** Über die Eukalyptusbehandlung von Scharlach und Masern. Münchener med. Wochenschr., S. 1809.
6. **Poljakoff.** Nukleinsaures Natron bei Scharlach. (Russki Wratsch). Zitiert nach Med. Kl., S. 1169.
7. **Brückner.** Diät bei Scharlach. Fortschritte der Medizin, 1912, S. 1059.
8. **Szekeres.** Über die Behandlung der Skarlatina usw. Wiener klin. Wochenschr., 1912, S. 914.
9. **Watters.** Streptokokkenvakzine in der Scharlachprophylaxe. Zitiert nach Therap. Monatshefte, S. 38.
10. **Lewkowitsch.** Diese Monatschr., Originalien S. 676.
11. **Joehmann.** Über Immunotherapie beim Scharlach. Veröff. a. d. Geb. der Medizinalverwaltung, Bd. I, Heft 2.
12. **Reiss** und **Jungmann.** Die Behandlung schwerer Scharlachfälle mit Rekonvaleszentenserum. Deutsches Arch. f. klin. Med., Bd. 106, S. 70. Vgl. auch Münchener med. Wochenschr., S. 52.
13. **Großmann.** Über den heutigen Stand der Diätetik und Therapie des Scharlachs. Pester med.-chir. Presse. Zitiert nach Jahrb. f. Kinderheilk., S. 739.
14. **Schiek.** Über die Behandlung des Scharlachs mit Moser-Serum. Therap. Monatsch., 1912, S. 258.

Diphtherie.

Eine relativ große Literatur befaßt sich mit der operativen Behandlung der diphtherischen Stenose. Speziell sind es die Fragen: Querer oder Längsschnitt der Haut und querer oder Längsschnitt in der Trachea — die erörtert werden.

Einig sind sich sämtliche Autoren — Keiner (1), Leede (2), Rohmer (4) und Hans (3) — darüber, daß der Hautschnitt zweckmäßig quer anzulegen sei. Die Vorteile des queren Hautschnittes sind in der Tat in die Augen springend: bestes kosmetisches Resultat nach der Heilung, Wegfall der Berieselung der Wundränder und Nähte durch das Trachealsekret, spontanes Aneinanderlegen der Wundränder, Verhinderung des Entstehens einer Trachealhernie, weil der Querschnitt der Haut sich kreuzt mit dem Längsschnitt der tieferen Teile.

Bezüglich des Trachealschnittes hingegen ist es nur Keiner, der empfiehlt, ihn quer anzulegen. Alle übrigen halten den Querschnitt teils für gefährlich, teils für unvorteilhaft und bleiben daher beim Längsschnitt.

Keiner (diese Monatsschrift, S. 671) operiert am liebsten nach vorheriger Intubation. Hans gibt an, daß man den Hautschnitt

am besten in der Weise anlege, daß man die Haut des Halses nach unten auf das Brustbein verzieht und auf der oberen Kante des Sternums den Querschnitt vollzieht.

Dobbertin (5) führt die Tracheotomie mit Schielhäkchen aus: Er setzt — nach durchgetrennter Haut — zwei stumpfe Schielhäkchen auf die Fascia transversa, drückt diese durch und reißt sie der Länge nach auf, indem er die Häkchen nach oben und unten auseinanderzieht. Ein Assistent hält den entstehenden Schlitz mit stumpfen Haken auseinander, während die Schielhäkchen nunmehr auf das Muskelinterstitium gesetzt werden und dieses auseinanderreißen. Zuletzt wird das prätracheale Bindegewebe zertrennt und dann der Luftröhrenschnitt vollzogen.

Über die Behandlung der Dekanulements- und Ektubationsschwierigkeiten hat Wickmann (6) in dieser Monatsschrift (S. 596, Orig.) abgehandelt.

Die Arbeiten, die sich mit der Serumtherapie der Diphtherie beschäftigen, kommen fast sämtlich zu dem gleichen Resultat, nämlich möglichst frühzeitig zu injizieren — wobei als beste Art der Einverleibung die intramuskuläre Injektion empfohlen wird — und möglichst hohe Dosen zu wählen. Blühdorn (7) hat bei großen Belägen schon am 1. oder 2. Tage bis zu 9000 Einheiten, wenn nötig wiederholt, gegeben. Auch Nordmann (10), Ehrhardt (9), Eckert (8), Rolly (11) reden den großen Dosen das Wort.

Bei der Behandlung der diphtherischen Lähmungen mit hohen Dosen gehen jedoch die Ansichten über den Nutzen derselben weit auseinander. Chron (12) hat mit geringen Mengen Serums (2000 Einheiten) Lähmungen zum Rückgang gebracht, Dransfeld (13) empfiehlt um so höhere Dosen, je schwerer die Lähmungserscheinungen sind, und anderseits hat Blühdorn wieder trotz 20.000 bis 30.000 Einheiten diphtherische Lähmungen zugrunde gehen sehen. Die Literatur ist in dieser Hinsicht sehr unbefriedigend. Es wäre (schon aus pekuniären Gründen) wünschenswert, wenn an einem größeren Materiale einmal die Prognose der diphtherischen Lähmungen vor und in der Zeit der hohen Serumgaben untersucht würde.

Hinsichtlich der Applikation des Serums ist am meisten zu empfehlen die intramuskuläre Injektion. Bei ihr ist die Resorptionsgeschwindigkeit die größte. Sie hat außerdem vor der intravenösen den Vorzug, daß das Antitoxin nicht so schnell wieder aus dem Blut eliminiert wird wie bei der letzteren (Morgenroth und Levy [19]).

Die intralumbale Anwendung des Serums bei diphtherischen Lähmungen findet sich mehrfach empfohlen. Bingel (14) übte sie bei der von ihm beschriebenen „schleichenden Diphtherievergiftung", die mit Erbrechen, psychischen Störungen usw. verläuft. Porak (15) injizierte ebenfalls einem Kinde mit Diphtherielähmung, die fälschlich als Meningitis tuberculosa aufgefaßt worden war, zweimal 10 cm^3 in den Wirbelkanal.

Auch oral wird das Serum gegeben, entweder in Tablettenform (Fleischer und Martin) oder in Lösung, z. B.:

Serum antidiphtheric.	20 cm³
Sirup. rub. Id.	30·0
Aqua	150·0 (Darier).

Lokal ist es von Lorey (16) angewendet worden: er benutzte ein 400faches Serum, welches im Verhältnisse von 1 : 29 mit physiologischer Kochsalzlösung oder 0·5%iger Karbollösung verdünnt wurde. Bei Rachendiphtherie ließ er Erwachsene mit dieser Lösung gurgeln, während sie Kindern mit einem Spray eingeblasen wurde. In der gleichen Weise erfolgte die Behandlung bei Kehlkopf- oder tiefsitzender Trachealdiphtherie. Bei tracheotomierten Kindern wurde das Serum durch die Kanüle eingesprayt. Bei Nasendiphtherie taucht er einen Tampon in die Serumverdünnung und tamponiert damit die Nase aus, bei Augendiphtherie bringt er die Lösung direkt in den Konjunktivalsack. Die Erfolge dieser Behandlungsmethode sollen ganz überraschende sein: „Schon wenige Stunden nach Einführung des Serumtampons in die Nase beginnen sich die Membranen in großen Fetzen mit ungeahnter Geschwindigkeit abzustoßen. Die Herausbeförderung der Membranen unterstützt man in zweckmäßiger Weise durch eine Nasenspülung mit physiologischer Kochsalzlösung oder Borwasser, der eine erneute Tamponade folgt. Es setzt nun eine profuse dünnflüssige Sekretion ein, und die vorher vollkommen verlegte Nasenatmung wird wieder frei, und damit ist auch die ungünstige Wirkung der behinderten Nasenatmung, die Austrocknung des Mundes und des Rachens mit ihren Folgeerscheinungen behoben. Nach 1- bis 2tägiger Anwendung des Serums versiegt dann die Sekretion und die Nasendiphtherie ist geheilt."

Großem Interesse begegnet die Prophylaxe der Diphtherie, die sich hauptsächlich auf die Unschädlichmachung der Bazillenträger bezieht. Seligmann (20) sieht in den Schulen einen sehr gefährlichen Faktor bei der Diphtherieverbreitung. Er fordert daher, daß sämtliche Insassen genau — mindestens 3mal — auf Diphtheriebazillen untersucht werden, und daß Bazillenträger streng isoliert werden. Stockvis (21) lehnt die Rolle der Schulen wieder ab. Nach seiner Ansicht sollte kein Patient eher aus dem Krankenhaus entlassen werden, ehe die bakteriologische Untersuchung nicht 3mal negativ gewesen ist. Weiter berichten Drigalsky (22) und Steinbrück (23) über die Bekämpfung der Diphtherie.

„Erfolgreiche" Versuche zur Entkeimung chronischer Bazillenträger durch aktive Immunisierung mit abgetöteten Bakterien glaubt Petruschky (24) bekanntgeben zu können. Den Impfstoff gewann er, indem er von den Patienten abimpfte, Kulturen auf erstarrtem Blutserum anlegte, diese dann durch mehrstündige Einwirkung von Chloroformdampf abtötete und — nachdem sie auf Sterilität geprüft worden waren — in physiologischer Kochsalzlösung aufgeschwemmt, den Patienten wiederholt injizierte. In

einem Fall erzielte er sogar einen Erfolg durch die bloße kutane Einreibung abgetöteter Bazillen.

Daß der Verf. seine Resultate wirklich zu „Erfolgen" stempelt, ist allerdings ziemlich unverständlich. In einem der von ihm publizierten Fälle währte die Injektionsbehandlung von Anfang Oktober bis zum Dezember des nächsten Jahres, in einem zweiten Falle von August bis Februar, in einem dritten von Mai bis August usw.

1. **Keiner.** Über die Vorteile des queren Luftröhrenschnittes bei Kindern und das Trachetomieren auf liegender Intubationskanüle. Monatsschr., S. 671.
2. **Leede.** Die Trach. inf. mit kleinem queren Hautschnitt bei Diphtherie und ihre Nachbehandlung. Münchener med. Wochenschr., S. 1268.
3. **Hans.** Dringliche Indikation usw. Münchener med. Wochenschr., S. 1270.
4. **Rohmer.** Zur Frage der Trach. transversa. Deutsche med. Wochenschr., S. 1880.
5. **Dobbertin.** Die stumpfe untere Tracheotomie mittels Schielhäkchen. Deutsche med. Wochenschr., S. 2076.
6. **Wickmann.** Beiträge zur Kenntnis der Dekanulements- und Extubationsschwierigkeiten und ihrer Behandlung. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1912, S. 596.
7. **Blühdorn.** Unsere Diphtherieerfahrungen 1910/1911. Münchener med. Wochenschr., 1912, S. 1266.
8. **Eckert.** Der Stand der Diphtheriebehandlung. Verein f. inn. Medizin und Kinderheilk., 15. Juni 1912.
9. **Ehrhardt.** Beitrag zur Behandlung des Diphtherie mit großen Serumdosen. Dissert. Kiel.
10. **Nordmann.** Klinische Erfahrungen während der letztjährigen schweren Diphtherieepidemie. Berliner klin. Wochenschr., 1912, S. 1470.
11. **Rolly.** Über die Nutzanwendung der inneren Forschungsergebnisse auf dem Gebiet der Serumtherapie in der Praxis. Therapie d. Gegenw., S. 439.
12. **Chron.** Zur Behandlung postdiphtherischer Lähmungen durch Heilserum. Münchener med. Wochenschr., S. 84.
13. **Dransfeld.** Über postdiphtherische Lähmungen. Münchener med. Wochenschr., S. 1386.
14. **Bingel.** Deutscher Arch f. klin. Med., 1911; S. 370.
15. **Porak.** A propos d'un cas de paralysie diphthérique grave guérie par la sérothérapie. Bull. de le Société etc., S. 314.
16. **Lorey.** Neue Gesichtspunkte zur Behandlung der Diphtherie, des Scharlachs und von eitrigen Prozessen. Med. Kl., S. 1069.
17. **Reuda.** Rationelle Behandlung der Diphtherie durch Hitze. Zitiert nach Jahrb. f. Kinderheilk., S. 654.
18. **Darier.** Die Therapie mit Antistreptokokkenserum usw. La presse medicale.
19. **Morgenroth** und **Levy.** Über die Resorption des Diphtherieantitoxins. Zeitschr. f. Hyg., Bd. 70.
20. **Seligmann.** Die Bekämpfung der Diphtherie in Schulen und geschlossenen Anstalten. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskr., Bd. 70, Heft 1.
21. **Stockvis.** Die Rolle der Schule bei der Verbreitung der Diphtherie usw. Nederland. Tijdschr. Zitiert nach Jahrb. f. Kinderheilk.
22. **Drigalsky.** Zur Epidemiologie und Bekämpfung der Diphtherie. Berliner klin. Wochenschr., 1912, S. 1791.
23. **Steinbrück.** Zur Bekämpfung der Diphtherie. Zentralbl. f. Bakt., 1912, S. 207.

24. **Petrusehky.** Erfolgreiche Versuche zur Entkeimung von Bazillenträgern durch aktive Immunisierung und die hygienischen Konsequenzen. Deutsche med. Wochenschr., S. 1319.

Keuchhusten.

Kaum glaubt man den Erreger des Keuchhustens entdeckt zu haben, so haben geschäftige Hände auch bereits die „spezifische" Behandlung dafür erfunden. Nach berühmtem Muster ist es eine Vakzine.

Graham (1) hat 24 Fälle damit behandelt, in zwei Dritteln der Fälle schien ein Erfolg vorhanden zu sein, die übrigen blieben unbeeinflußt. Die Vakzine war aus dem Bordet-Gengouschen Bazillus bereitet. Er begann mit 20 Millionen Bazillen, später 40 Millionen, meint aber, daß man mit noch höheren Dosen arbeiten solle.

Ladd (2) gab 5 bis 40 Millionen — ohne Erfolg. Saunders, Johnson, Withe und Zahorsky (3) sprechen sich gleichfalls sehr skeptisch hinsichtlich des Heilerfolges aus, glauben jedenfalls die bisherige Therapie nicht entbehren zu können.

Bei diesen wenig ermutigenden Erfolgen der spezifischen Therapie ist die medikamentöse Behandlung vorläufig noch nicht zu entbehren.

Steemann empfiehlt das Eulatin, German (5) das Chinin, und zwar in Form von Inhalationen vermittels einer besonderen Stickhustenlampe (Firma R. Jakobi, Elberfeld, Berlinerstraße). Althoff (4) gebraucht von Medikamenten Antipyrin, Brom und Heroin, außerdem Einreibungen des Thorax mit Benguebalsam oder Balsam. menth. composit. und tägliche Senfbäder.

Das altgebrauchte Chinin kehrte in einem neuen Mittel wieder, das Winternitz (6) unter dem Namen „Chineonal" empfiehlt (Merk, Darmstadt). Es ist eine Verbindung von Veronal mit Chinin, diaethylbarbitursaures Chinin. Es kommt in Tabletten von 0·3 g, in dragierten Tabletten zu 0·1 und 0·2 und in Schokoladeplätzchen zu 0·1 g Chineonal in den Handel. Die Dosierung ist (nach Winternitz) bei Kindern im ersten Jahre 3mal täglich 0·1, vom zweiten Jahre ab täglich 0·2 Chineonal.

Fränkel und Hauptmann (7) haben in der Halleschen Kinderpoliklinik das Chineonal verwendet. Sie berichten darüber: „Eine Heilung des Keuchhustens konnte allerdings durch das Chineonal nicht erzielt werden. Es wirkte nur so lange symptomatisch, als es gegeben wurde. Sobald es weggelassen wurde, nahmen die Anfälle wieder an Zahl und Stärke zu."

Wir haben auch in zahlreichen Fällen — klinisch — Chineonal verabfolgt und können die eben zitierte Beobachtung bestätigen. Allerdings haben wir nur bei doppelt so hohen Dosen, als Winternitz sie angibt, einen Effekt gesehen. 3mal 0·1 Chineonal übte bei Säuglingen gar keine Wirkung aus. Dagegen bei 6mal 0·1 trat eine sicht-

liche Besserung der Anfälle auf. Diese Wirkung beruht offenbar allein auf dem Veronalgehalt des Chineonals. Denn die Kinder schliefen eigentlich den ganzen Tag über, wenn auch nicht sehr tief. Dasselbe gilt von den Dosen bei älteren Kindern, auch hier muß man, wenn man einen wirklichen Erfolg erzielen will, wenigstens 6mal 0·2 g geben.

Die Verabfolgung geschieht nach unseren Erfahrungen am besten in dragierten Tabletten, die auch von Säuglingen infolge ihres glatten Zuckerüberzuges anstandslos geschluckt werden.

Tussalvin ist Hydrochinin. muriaticum. Es wird von Lenzmann-Duisburg (8) empfohlen, der es zu intramuskulären Injektionen gebrauchte. Säuglingen bis zu $^1/_2$ Jahr gibt man 0·02 bis 0·05; am Schlusse des ersten Jahres 0·1, im zweiten Jahre 0·1 bis 0·15, im dritten 0·2; größere Kinder vertragen 0·25 bis 0·3. Kinder von 10 bis 14 Jahren 0·5. Man gibt die ersten 4 bis 5 Tage täglich eine Spritze, dann wird ein Tag überschlagen, nach einwöchiger Behandlung soll der Erfolg schon deutlich sein. Tussalvin ist erhältlich in Simons Apotheke, Berlin, Spandauerstraße, und wird in gebrauchsfertigen Ampullen geliefert.

Auch Hadenfeld hat in der Kieler medizinischen Gesellschaft über günstige Erfolge mit Tussalvin berichtet.

1. **Graham.** The treatment of pertussis with vaccine. Amer. Journ. Dis. Childr., 1912, Januar.
2. **Ladd.** Vakzinebehandlung des Keuchhustens. Arch. of Ped. 1912, Bd. 29, S. 581.
3. **Saunders, Johnson, Witte** und **Zahorsky.** Pertussis vaccine a curative and prophylactiv agent. Pediatrics. März 1912.
4. **Althoff.** Zur Behandlung des Keuchhustens. Münchener med. Wochenschr., S. 2338.
5. **German.** Zur Therapie des Keuchhustens und Schnupfens. Münchener med. Wochenschr., S. 2654.
6. **Winternitz.** Über Chineonal, die chemische Verbindung von Chinin und Veronal. Med. Kl., Nr. 15.
7. **Fränkel** und **Hauptmann.** Chineonal ein Mittel gegen Keuchhusten. Med. Kl., 1912, Nr. 46.
8. **Lenzmann.** Zur Therapie der Tussis convulsiva. Med. klin., 1912, S. 1789.

Gelenkrheumatismus.

Die Therapie des Gelenkrheumatismus hat durch die Einführung des bereits bei der Gicht bewährten Atophans eine Bereicherung erfahren.

Neukirch (1) berichtet, daß er innerhalb 48 Stunden die akuten Erscheinungen des Gelenkrheumatismus beseitigt habe. Es habe sich auch in den Fällen, in denen Salizyl versagt habe, bewährt. Auch Bendix (2) hat zahlreiche (100) Fälle damit behandelt, davon 45 gänzlich geheilt, 28 gebessert. Die Temperatur wurde in 2 bis 3 Tagen normal. Die Schwellungen und Schmerzen waren in 6 Tagen beseitigt. Auch er gibt an, daß es sich namentlich in denjenigen Fällen bewährt habe, die sich gegen Salizyl refraktär verhielten —

eine Beobachtung, die wir nach unseren eigenen Erfahrungen leider nicht bestätigen können.

Ein anderes neues Mittel gegen Gelenkrheumatismus usw. ist das Melubrin.

Der gleichen Indikation genügt das Hydropyrin Grifa.

Eine für die pädiatrische Rezeptur vielleicht vorteilhafte Modifikation des Aspirins bietet sich in dem „Aspirin löslich" dar, über das Görges, Bake, Ewald berichtet haben. Der letztere empfiehlt folgendes Rezept für die Kinderpraxis:

Rp. Aspirin. solub. 8·0
Aqu. dest. 175·0
Sir. Cerasor. 15·0
3- bis 4mal 1 Teelöffel.

1. **Neukirch.** Zur Therapie des akuten Gelenkrheumatismus mit Atophan und Melubrin. Therap. Monatshefte, S. 645.

2. **Bendix.** Zur Behandlung des Gelenkrheumatismus mit Atophan. Therap. d. Gegenw., S. 301.

3. **Oeller.** Atophantherapie bei akutem Gelenkrheumatismus. Med. Kl., 1912, Nr. 50.

4. **Hoppe.** Melubrin als Fiebermittel und gegen Gelenkrheumatismus. Berliner klin. Wochenschr., S. 1040.

5. **Löning.** Über Phenyldimethylpyrazolonamidomethansulfonsaures Natrium usw. Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 9 bis 12.

6. **Krabbel.** Medizinische Kl., 1912, Nr. 16.

7. **Riedel.** Therapie der Gegenwart, 1912, Nr. 5.

Tetanus.

Neben Antitoxininjektionen verwendete Parker (1) zur Besserung des Krankheitszustandes Magnesiumsulfat. Ein elfjähriger Knabe erhielt 25 cm³ einer 25%igen Magnesiumsulfatlösung subkutan, zuerst 2stündlich, dann nach Aufhören der Krampfzustände noch 8 Tage lang 1mal täglich. Bei einem 20 Monate alten Kinde gab er von der gleichen Lösung je 12 cm³ 2- bis 4mal täglich 7 Tage lang. Angeblich ist das Magnesiumsulfat von ausgezeichneter Wirkung auf die Muskelspasmen.

Zembrzusky (2) veröffentlichte einen andern Fall, in dem bei einem 4jährigen Kinde ein Tetanus durch Injektionen, wie sie von Baccelli angegeben sind: täglich 3 cm³ einer 5%igen Karbollösung 25 Tage hindurch subkutan — glücklich zur Heilung gebracht wurde.

1. **Parker.** Behandlung des Tetanus mit Magnesiumsulfat. Journ. of the Amer. med. Assoc., 1912, S. 1746. Zitiert nach Therap. Monatshefte S. 903.

2. **Zembrzusky.** Ein Fall von Tetanus traumaticus mit subkutanen Karbolinjektionen erfolgreich behandelt. Zitiert nach Jahrb. f. Kinderheilk., 1912, Bd. 76, S. 228.

Typhus.

Die Versuche einer Serumtherapie des Typhus erfahren durch Pfeiffer und Bessau (1) eine vernichtende Kritik.

Eine Art Vakzinetherapie des Typhus ist von Courmont und Rochaix (2) geübt worden. Sie machten den Kranken Einläufe von Typhuskulturen, je 100 cm^3 polyvalenter, nach 8tägigem Wachstum durch Hitze abgetöteter Bazillen in Bouillon. Die Applikation (+ 10 Tropfen Tinct. opii) erfolgte 2mal täglich. Sie behandelten 210 Typhuspatienten. Davon 39 mit Einläufen. Die Mortalität unter den letzteren betrug nur 5%, während sie bei den übrigen = 11·6 % war. Rezidive traten bei beiden gleich auf, dagegen waren die Komplikationen des Typhus, speziell die Darmblutungen, bei den mit Einläufen behandelten viel seltener zu beobachten.

Von Medikamenten bei Typhus empfiehlt John (3), wenn das Sensorium getrübt und das Allgemeinbefinden schlecht wird, Pyramidon: 2stündlich 0·1 oder 3stündlich 0·15 g. Heller (4) gibt Ichthoform 3mal täglich — 3stündlich 0·5 g.

Kerley (5) warnt vor der Milchdiät bei Typhus, die meist nur zu starkem Meteorismus und anderen Unannehmlichkeiten führt. Wenn man sie anwenden will, sollte es nur 1mal täglich und dann auch nur in Form von Buttermilch, Kefir oder Eiweißmilch geschehen. Er rät zu gemischter Kost, hauptsächlich Zerealien, Mehlen, Zucker, Fruchtsäften, in der Rekonvaleszenz Eiereiweiß undgewiegtem Fleische. Auch Crohn (6) hat von reichlicher Nahrungszufuhr gute Erfolge gesehen. Er hat nach den Vorschriften von Colemann und Schäffer Kohlehydrate und Fett in genügender Menge gegeben, so daß der Ernährungszustand der Kranken von vornherein gut blieb. Er erzielte das durch häufige 2stündliche Mahlzeiten von Milch, Kakao, Brot, Butter, Rahm, Schleim, Eiern und großen Mengen von Milchzucker (300 bis 600 g pro die). Die Kranken (30 Fälle) haben sich angeblich glänzend dabei befunden.

1. **Pfeiffer** und **Bessau.** Über die Grundlage einer Serumtherapie des Typhus abdominalis. Münchener med. Wochenschr., S. 1895.
2. **Courmont** und **Rochaix.** Lyon medical 1912. S. 506 und Société méd. d. hôp. d. Paris. 1912, S. 602.
3. **John.** Zur Pyramidonbehandlung des Typhus. Münchener med. Wochenschr., S. 987.
4. **Heller.** Ichthoform bei Typhus abdominalis. Therapie d. Gegenwart, S. 525.
5. **Kerley.** Die diätetische und Allgemeinbehandlung des Abdominaltyphus im Kindesalter. Amerik. Journ. of the med. Science, 1912, S. 348.
6. **Crohn.** Erfahrungen mit der Colsmann-Schäfferschen Diät bei Typhus. Zit. nach Ther. Monatschr., S. 515.

Gonorrhöe.

Zur Vakzinetherapie der kindlichen Gonorrhöe wird von der chemischen Fabrik vormals Schering, Charlottenburg, ein Vakzin „Arthigon" geliefert. Er ist in steigenden Dosen von 0·25 bis 5·0 g intraglutäal anzuwenden.

Die Berichte über die Resultate der Arthigonbehandlung gehen stark auseinander. Bei Erwachsenen scheint es nur eine sehr bedingte Wirksamkeit zu entfalten. Bei Kindern dagegen berichten Schultz (1) und Stefanie Rygier (2) über befriedigende Resultate. Wir haben das Mittel auch in mehreren Fällen verwendet und meinen, daß man es ruhig gebrauchen soll. Nach den ersten Injektionen tritt zwar eine gesteigerte Sekretion und eine Erhöhung der Gonokokkenzahl auf, sehr bald aber nimmt beides ab, so daß die Kinder, wenigstens klinisch, ausgeheilt erscheinen.

Gute Resultate werden auch von der Bolus alba-Behandlung der Gonorrhöe nach Nassauer (3) berichtet. Das Pulver wird vermittels eines Pulverbläsers besonders geeigneter Konstruktion („Siccator") 3 bis 4 mal tagsüber in die Vagina eingeblasen, worauf der Ausfluß zunächst sistiert. Wenn er nach 2 bis 3 Tagen sich wieder einstellt, wird die Vagina durch Spülungen von mehreren Litern Sodalösung oder Kamillentee gesäubert und von neuem Bolus alba eingeblasen. Nach und nach wird der Ausfluß geringer und dementsprechend werden die Einblasungen seltener gemacht. Auch eine Kombinierung des Bolus mit Lenicet wird empfohlen. Prager-Heinrich (4) hat ein Gemisch von Bolus mit Hefe — Xerase — verwendet. Es wird ebenfalls vermittels eines Pulverbläsers in die Vagina gebracht, wobei ein Ohrtrichter als Spekulum dient. Die Behandlung muß täglich stattfinden. Heilung erfolgt in etwa 5 Wochen.

1. **Schulz.** Klinische Erfahrungen mit dem Gonokokkenvakzin „Arthigon". Deutsche med. Wochensch., 1911, S. 2333.
2. **Rygier.** Über Arthigonbehandlung der Gon.-Vulvovaginitis kleiner Mädchen. Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 2335.
3. **Nassauer.** Die vaginale Pulverbehandlung. Münchener med. Wochenschr., S. 523.
4. **Prager-Heinrich.** Vaginale Behandlung mit Xerase. Therap. d. Gegenwart, S. 537.

III. Chronische Infektionen.

Tuberkulose.

Die physikalische Therapie der Tuberkulose hat aus Rolliers Feder eine erschöpfende Darstellung in dieser Monatsschrift gefunden.

Die Chemotherapie hat praktische Resultate bisher noch nicht gezeitigt und wird deshalb hier bloß genannt.

Zur Serotherapie haben Wittich (8) und Cronquist (9) Beobachtungen an einem größern Kindermateriale veröffentlicht. Beide Arbeiten haben eine entsprechende Würdigung in dieser Zeitschrift gefunden. Erwähnens- und aus eigener Erfahrung empfehlenswert scheint mir die von Wittich (8) angegebene Anwendung des Alttuberkulins in fertigen Mischungen zu sein — erhältlich in der Kaiser-Friedrich-Apotheke, Berlin N. W., Karlsstraße 20. Über die kutane Tuberkulinisierung nach Wolf-Eisner hat Klotz an der Hand von einigen wenigen Fällen berichtet.

Über das Rosenbachsche (7) „Tuberkulin" berichtet eine Arbeit des Entdeckers selbst. Er schildert sein Vorgehen bei der Behandlung, wie folgt: Zunächst wird eine Injektion aus diagnostischen Gründen gemacht in Höhe von 0·01 bis 0·1 cm³, je nach Alter und Kräftezustand des Patienten. Zeigt sich keine Reaktion, so wird mit 0·2 begonnen und wenn in 24 bis 48 Stunden keine Reaktion eingetreten ist, so wird 0·3 cm³ injiziert. Bleibt auch dann die Reaktion aus, so wird nochmals 0·5 cm³ gegeben. Tritt auch bei dieser Dosis keine Reaktion auf, so ist man berechtigt, anzunehmen, daß keine oder keine mit der Zirkulation wesentlich im Zusammenhange stehende Tuberkulose vorhanden ist. Die Reaktion zeigt sich in dem typischen roten Infiltrat am Impfstiche und eventuell in einer Temperaturerhöhung. Bei positivem Ausfall der Reaktion beginnt man mit 0·2 cm³ und steigert pro dosi um 0·1, und zwar wählt man als am energischesten wirkend die lokalen Injektionen in die Gelenke, Drüsen, Abszesse, tuberkulös erkrankten Bursen usw. Subkutane Injektionen sollten nur bei schwerzugänglichen Herden, wie Wirbeln u. dgl., Anwendung finden.

Zur lokalen Behandlung der Spina ventosa empfiehlt Klara Kennerknecht (1) (aus dem Hamburgischen Seehospitale), die erkrankten Glieder täglich $^1/_2$ Stunde lang in Seifenwasser zu baden und dann mit Pyrogallolsalbe zu verbinden, zuerst mit 10%, dann bei leichter Hautrötung mit 5%, schließlich mit 3%. Frühzeitige Entfernung von Sequestern ist zu vermeiden, denn sehr häufig werden diese unter der Pyrogallolbehandlung spontan resorbiert. Die Heilungsdauer ist allerdings eine recht lange: 3 bis 4 bis 12 Monate.

Mit Jodtinktur hat Hofmann (2) das viszerale und das parietale Blatt des Peritoneums nach stattgefundener Laparatomie bei Peritonitis tuberculosa bepinselt und dadurch angeblich schnellere Heilung erzielt.

Seidemann (3) behandelt tuberkulöse Drüsenabszesse, Spina ventosa, Fisteln u. dgl. mit Injektionen von Merkschem Trypsin. Von letzterer stellte er vor jeder Injektion frisch eine 1%ige Lösung mit steriler physiologischer Kochsalzlösung her und gab davon jedesmal 1 bis 2 cm³ in wöchentlichen Intervallen. Bei tuberkulösen Drüsen erzielte er oft schon nach der 2. Injektion eine Erweichung und Resorption.

Eine schon etwas ältere Injektionsmethode bringt Berliner (4) in erneute Erinnerung:

Menthol	10·0
Eukalyptol	20·0
Jodipin (25%)	50·0 (stets hell).

Davon

10 Injektionen zu 1 cm³ täglich,
10 Injektionen mit eintägigem,
10 Injektionen mit 2tägigem Intervall.

(Ähnlich ist die Behandlung mit Dioradin = radioaktivem Jodmethol — vgl. Bernheim, Zeitschr. f. Tuberkulose usw., 1912, S. 108.)

Merkwürdige Heilungen beziehungsweise Beeinflussungen tuberkulöser Herde durch eine amerikanische Droge „Mesbé" hat Heermann gesehen.

Helenin (Merck), ein Bestandteil des in der Alantwurzel vorhandenen Alantols, empfiehlt Hecht (6) bei Tuberkulösen, die ambulant behandelt werden müssen. Zur Entfieberung und zur Bekämpfung der Leibschmerzen und der Durchfälle bei Tuberkulose verordnet er Einreibungen mit 10%iger Guajakolvaseline.

1. **Kennerknecht.** Über die Behandlung der Spina ventosa mit Pyrogallolsalbe. Münchener med. Wochenschr., S. 533.
2. **Hofmann.** Über die Pinselung des Bauchfelles mit Jodtinktur bei der tuberkulösen Peritonitis. Münchener med. Wochenschr., S. 531.
3. **Seidemann.** Zitiert nach Therap. Monatshefte, S. 286.
4. **Berliner.** Über Jodmentholinjektionen bei Tuberkulose. Berliner klin. Wochenschr., S. 408.
5. **Heermann.** Über Mesbé, ein neues Mittel zur Behandlung der Tuberkulose. Münchener med. Wochenschr., 1912, S. 1849.
6. **Hecht.** Beiträge zur medikamentösen Therapie der Tuberkulose. Münchener med. Wochenschr., 1912, S. 2277.
7. **Rosenbach.** Erfahrungen über die Anwendung des Tuberkulins „Rosenbach" bei chirurgischen Tuberkulosen. Deutsche med. Wochenschr., S. 539.
8. **Wittich.** Versuch einer poliklinischen Tuberkulinbehandlung usw. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 75, S. 166.
9. **Cronquist.** Erfahrungen über die Behandlung der Kindertuberkulose mit dem Kochschen Alt-Tuberkulin. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 75, S. 536.

Lues.

Die Versuche, die Lues der Kinder indirekt, d. h. auf dem Wege über die stillende Mutter, zu behandeln, sind, wie es scheint, aufgegeben. Nur Andronescu (1) berichtet über 3 derartig behandelte Fälle.

Auch die Behandlung mit dem Schindlerschen „Joha" — einer 40%igen Emulsion von Salvarsan mit Jodipin und Lanolin. anhydric. — gehört bereits der Vergangenheit an. Während Schmidt (2) über gute Erfolge damit berichtet, sind die Erfahrungen Stroschers (3) keineswegs gut und Steiger (4) berichtet sogar über schwere Schädigungen der behandelten Kinder.

Indessen hat auch die Behandlung mit dem alten Salvarsan wegen seiner schweren lokalen Nebenerscheinungen niemals eine reine Freude gewährt.

Man findet die verschiedensten Anwendungsformen vorgeschlagen: subkutan in Altscher Lösung, in Ölsuspension, intramuskulär, intravenös usw. Welde (5) injizierte in die durch Fingerdruck gestauten Schädelvenen oder in die Kubital- oder Jugularvene. Die Höhe der Einzeldosis betrug 0·1 g. Über den Wert der Salvarsanbehandlung äußert er sich sehr vorsichtig, daß er mit demselben zwar recht gute Erfolge erzielt habe, daß diese aber nicht besser seien

als die früher mit Quecksilber oder Jod erzielten. Auch in Nöggeraths (6) Abhandlung werden die Schwierigkeiten der Applikation erwähnt. Er hat schließlich eine ganz konzentrierte Lösung angewandt: 0·1 Salvarsan + 1 cm³ frisch sterilisierter 8%iger Kochsalzlösung + c. 1 cm³ heißer $\frac{n}{1}$ Natronlauge, tropfenweise bis zur klaren Lösung hinzugefügt + Kochsalzlösung ad 2·0. Diese Lösung injizierte er in eine Schädelvene.

Alle Autoren — außer den bereits genannten auch Dünzelmann (7) — rühmen die prompte Beeinflussung der luetischen Erscheinungen, drücken sich jedoch in bezug auf den heilenden Effekt des Mittels sehr vorsichtig aus und machen auf die schweren, oftmals lebenbedrohenden Erscheinungen, die die Therapie im Gefolge hat, aufmerksam. Unter diesen Umständen bedeutete das Neosalvarsan einen bedeutenden Fortschritt.

Neosalvarsan ist — nach Schreiber (8) — ein Kondensationsprodukt von Salvarsan mit formaldehydsulfoxylsaurem Natron. Es übt im Tierversuche eine stärkere Wirkung auf Trypanosomen aus als das alte Salvarsan. Es ist in Wasser leicht löslich, man braucht keine Natronlauge und es ruft keine lokalen Reizerscheinungen hervor. Nach den Angaben der dem Präparate beigefügten Gebrauchsanweisung wählt man am besten die intramuskuläre Injektion in die Gluteen. Durch den Wegfall der umständlichen Lösung und Neutralisation des Mittels durch Natronlauge ist die Anwendung des Neosalvarsans eine so einfache geworden, daß sie unbedenklich auch vom Praktiker und in der ambulanten Behandlung geübt werden kann. Wir haben wenigstens bei zahlreichen poliklinischen Injektionen noch keinen unangenehmen Zwischenfall erlebt.

Die übliche Dosis beim Säugling ist 0·15 Neosalvarsan (=0·1 Salvarsan), mehrfach in Abständen von 4 bis 7 Tagen wiederholt.

Über die Erfolge mit dem Neosalvarsan wurde ausführlich von Welde (5) und von Dünzelmann (7) berichtet. Beide halten das Neosalvarsan für ebenbürtig dem Salvarsan in bezug auf seine Heilwirkung. Bemerkenswert ist, daß es in der Mehrzahl der Fälle nicht gelingt, durch Salvarsan einen negativen Ausfall der Wassermannschen Reaktion herbeizuführen.

Vielfach wird eine Kombination der Salvarsanbehandlung mit Quecksilber geübt.

1. **Andronescu.** Die Anwendung des Salvarsans bei hereditärer Lues. Deutsche med. Wochenschr., S. 761.
2. **Schmidt.** Klinische Erfahrungen mit dem Schindlerschen Joha. Münchener med. Wochenschr., S. 694.
3. **Strosche r.** Erfahrungen mit dem Schindlerschen Joha in der Praxis. Münchener med. Wochenschr., S. 986.
4. **Steiger.** Unangenehme Begleiterscheinungen nach intramuskulärer Injektion von Joha usw. Münchener med. Wochenschr., S. 2000.
5. **Welde.** Erfahrungen mit Salvarsan bei Lues congenita. Verh. d. Gesellsch. f. Kinderheilk., 1911, S. 125 und 1912, S. 49.

6. **Nöggerath.** Klinische Beobachtungen bei der Salvarsanbehandlung syphilitischer Säuglinge. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 75, S. 131.
7. **Dünzelmann.** Salvarsan und Neosalvarsan bei Lues congenita. Verh. der Gesellsch. f. Kinderheilk., 1912, S. 41.
8. **Schreiber.** Über Neosalvarsan. Münchener med. Wochenschr., S. 905.

IV. Erkrankungen des Respirationsapparates.

Eine zusammenhängende Darstellung der Behandlung der Bronchiolitis und Bronchopneumonie der kleinen Kinder hat Feer (1) in der „Med. Klinik" gegeben.

Ein einfaches mechanisches Mittel zur Behandlung der Epistaxis empfiehlt Rietschl (2), Freiburg: Man tritt vor oder hinter den (sitzenden) Patienten, legt die Hände unterhalb der Kieferwinkel und an den seitlichen Teilen des Hinterhauptes an und übt am Kopfe einen gleichmäßigen Zug nach oben. Um die Wirkung zu verstärken, bringt man den Kopf zugleich in eine möglichst nach rückwärts gestreckte Lage, auch damit das Blut Gelegenheit hat, durch den Nasenrachenraum abzufließen. Nach 1 bis 2 Minuten erfolgt prompte Blutstillung.

Über die Behandlung von Nasenrachenaffektionen vermittels Soleinhalationen berichtet Sippel (3). Gute Erfolge — bei sachgemäßer Inhalation, wie sie jedoch meist nur in den Solbädern geübt wird — lassen sich namentlich bei chronischen Katarrhen und bei Vergrößerung der Rachenmandeln erzielen. Es ist nötig, der Konzentration der verwendeten Sole Beachtung zu schenken, während eine 3%ige Sole von der Rachenschleimhaut noch gut vertragen wird, darf man auf die Nasenschleimhaut nur eine weit schwächere wirken lassen.

Freiluftbehandlung bei Lungenentzündung empfehlen Howland und Hobler (4). Bei Einatmung frischer kalter Luft steigt der Blutdruck um 10 bis 15 mm innerhalb 1 bis 2 Stunden, um bei Rückkehr ins Krankenzimmer wieder zu sinken.

Die Lichtbehandlung pleuritischer Exsudate wurde von Kuttner und Laqueur (5) geübt. Glühlampen und Bogenlichtscheinwerfer wirken — namentlich wenn durch rote Scheiben die chemischen Strahlen ausgeschaltet werden, durch ihre Lichtwärmestrahlen. Diese sind zwar arm an entzündungserregenden und bakteriziden Eigenschaften, sind aber vermöge ihres starken Penetrationsvermögens zur Hyperämiebehandlung tieferer Gewebsschichten sehr geeignet. Vermittels einer Glühlichtreflektorlampe täglich $^1/_2$ Stunde lang oder mit dem Bogenscheinwerfer täglich 20 bis 30 Minuten aus $2^1/_2$ m Entfernung appliziert, übten die Strahlen einen deutlichen günstigen Einfluß auf die Resorption pleuritischer Ergüsse aus.

Den Einfluß des Alkohols auf die Atmung prüften Vogt und Lederer (6) (Alkohol in 5%iger wässeriger Lösung). Eine Einwirkung auf die Atemfrequenz blieb aus, dagegen wurde die Atemgröße und

die Atemtiefe in der Mehrzahl der Fälle gesteigert. Versuche mit Atropin, insbesondere bei asthmatischer Bronchitis, waren negativ. Es gelang nicht, die Atmung freier zu machen.

Kalziumbehandlung bei Asthma bronchiale und ähnlichen Zuständen wird von Kayser (7) u. a. empfohlen. Von 15 Fällen von Asthma bronchiale oder Heuasthma wurden 13 günstig beeinflußt.

Rp. Calc. chlorat. 20·0
Sir. simpl. 40·0
Aqu. dest. ad 400·0
2stündlich 1 Eßlöffel in Milch. (1 Mark.)

Diese Mixtur wirkt auch prophylaktisch, bereits nach 4- bis 5tägigem Gebrauche bessert sich der Anfall, um monatelang auszubleiben. Hofmann (8), München, empfiehlt ebenfalls Kalk, namentlich bei Heuschnupfen. 8 Tage vor Eintritt der Gräserblüte läßt er 3mal täglich 1 Eßlöffel von

Calc. chlorat.
Calc. lactic. aa 15·0
Sir. simpl 50·0
Aqu. dest. ad 500·0

nehmen.

Nach Gebrauch zweier solcher Flaschen ist Heilung eingetreten.

Mc. Clanahan (9) empfiehlt zur Behandlung und Beseitigung des Asthmas zuerst die Operation von etwa vorhandenen Adenoiden und Tonsillenhypertrophien, Regelung der Kost, möglichst einen Klimawechsel. Von Räuchermitteln hat er ebensowenig Erfolg gesehen wie von Atropin. Adrenalininjektionen versagten bald, bald halfen sie.

Zu einem Allheilmittel entwickelt sich nach und nach das Urotropin. Zak (10) hat gefunden, daß es ungespalten in das Sputum übergeht, und empfiehlt es daher bei nekrotisierenden und ulzerösen Prozessen im Munde und in den Lungen.

Angiers Emulsion, eine aus Petroleum gewonnene und durch Zusatz von Geschmackskorrigentien genießbar gemachte Substanz, wird von Feldmann (11) bei Bronchitis empfohlen.

Auf 2 bemerkenswerte Arbeiten, die in dieser Monatsschrift erschienen sind, sei der Vollständigkeit halber hingewiesen: Zybell (12), Zur Klinik und Therapie des Pleuraempyems bei Säuglingen, und Pielsticker-Vogt (13), Über künstlichen Pneumothorax bei Kindern.

1. **Feer.** Bronchiolitis und die Bronchopneumonie der kleinen Kinder. Med. Kl., S. 639.
2. **Rietschl.** Ein einfaches mechanisches Mittel zur Bekämpfung der Epistaxis. Münchener med. Wochenschr., S. 2339.
3. **Sippel.** Die Behandlung der kranken Nasenschleimhaut mittels Inhalationen zerstäubter Sole. Therap. d. Gegenw., S. 162.
4. **Howland** und **Hobler.** Der Einfluß frischer kalter Luft auf den Blutdruck bei Pneumonie der Kinder. Amer. Journ. Dis. Childr., 1912, Mai.

5. **Kuttner** und **Laqueur.** Über die Behandlung pleuritischer Exsudate mit Rotlichtbestrahlung. Therap. Monatshefte, S. 30.
6. **Vogt** und **Lederer.** Spirometrische Untersuchungen zur Pathologie usw. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 75, S. 1.
7. **Kayser.** Die Behandlung des Asthma bronchiale und verwandter Zustände mit Kalziumsalzen. Therap. Monatshefte, S. 165.
8. **Hofmann.** Gleichlautend. Therap. Monatshefte, S. 353.
9. **Mac Clanahan.** Die Behandlung des Asthmas im Kindesalter. Zitiert nach Therap. Monatshefte, S. 618.
10. **Zak.** Über neue Anwendungsgebiete des Hexamethylentetramins usw. Wiener klin. Wochenschr., S. 151.
11. **Feldmann.** Angiers Emulsion. Allg. med. Zentralzeitung, S. 360.
12. **Zybell.** Zur Klinik und Therapie des Pleuraempyems bei Säuglingen. Monatsschrift 1912.
13. **Pielsticker-Vogt.** Über künstlichen Pneumothorax bei Kindern. Monatsschrift 143.

Herzerkrankungen.

Focke gibt in einer Abhandlung über „die hohe Bedeutung der Fol. digital. titrat. und ihre Vergleichung mit anderen Digitalispräparaten" (Therapie der Gegenwart, S. 201) eine Orientierung über die immer mehr in Übung kommende Rezeptur der Digitalis in titrierter Form.

Man sollte bei jeder Verordnung — auch der per os — hinzufügen: „titrata". Zur intravenösen beziehungsweise subkutanen oder intramuskulären Injektion gebraucht man am zweckmäßigsten das (schweizerische) Digital. Golacz oder das (deutsche) Digital. Bürger.

Die Verwendung der Digitalisinjektionen ist in der Tat etwas außerordentlich Empfehlenswertes, nicht nur in Fällen abnormer Blutverteilung, der eigentlichen Indikation der Digitalis, sondern auch bei akuter Herzschwäche infolge Dekompensation oder Infektionskrankheiten. Man gibt bei Säuglingen $^1/_2$ Ampulle, bei älteren Kindern 1 ganze. Wir haben oft erlebt, daß schwer erschöpfte, zyanotische Kinder 2 bis 3 Stunden nach einer Injektion ruhig in ihrem Bette saßen und spielten.

VI. Erkrankungen des Verdauungsapparates.

Medikamentöse Therapie.

Als neues Abführmittel wird Chocolin empfohlen. Es besteht aus Phenolphthalein 0·6 + Manna 5·0 + Kakao 100·0 (Ewald [12]). 3 bis 4 Teelöffel davon, in eine Tasse heißer Milch eingerührt, bewirken nach 10 bis 12 Stunden Stuhlgang.

Tanargentan ist ein neues Stopfmittel. Es ist ein Tanninsilbereiweißpräparat, das bei Ruhe und bei tuberkulösen Darmgeschwüren in Dosen von 3mal 0·5 g gute Dienste leisten soll (Mandelbaum [13]).

Dialysat. Gentianae luteae Golacz — einige Tropfen in Zuckerwasser vor der Mahlzeit gegeben — wirken nach Stirnimann appetitanregend.

Eine neue medikamentöse Behandlung der Diarrhöe kündigt Fuld (15) an:

Bei Kindern, die unmittelbar nach der Mahlzeit, also wahrscheinlich reflektorisch, Stuhlentleerung haben, will er 10 Minuten vor der Mahlzeit von einer 1%igen Lösung von Cocain. muriatic. + 1% Codein phosph. in Aq. menth. piper. soviel Tropfen geben, als das Kind Jahre zählt. Bisher 99% Erfolge!

Einen Duodenalkatheter zu therapeutischem (und diagnostischem) Gebrauch bei Magendarmerkrankungen wie Pylorusstenose hat Hess (16) auf der Naturforscherversammlung demonstriert.

Ungewöhnlich reich ist die

diätetische Therapie

vertreten. Zur Behandlung der Rumination im Säuglingsalter berichtet Mayerhofer (17), daß es ihm gelungen sei, durch Verabreichung breiiger Kost an Stelle der flüssigen prompte Heilung zu erzielen.

Bei der Tetanie der Säuglinge hat Grulee (18) molkenreduzierte Milch nach Finkelstein mit günstigem Erfolge angewendet. Stöltzner (19) empfiehlt bei diesen Zuständen, wenn Frauenmilch nicht zur Verfügung steht, dicke Mehlsuppen ohne Milch mit Zucker und Butter zu geben, daneben verabfolgt er Fleischbrühe, fein gewiegtes gebratenes oder gekochtes Fleisch oder gekochtes Eiereiweiß und durchgeschlagenes Gemüse — also eine zwar milchfreie, aber im übrigen vielseitige gemischte Kost. Eingehend hat sich Raabe (20) in einer Arbeit aus der Göttinger Kinderklinik mit der Frage der Zusammensetzung einer milchlosen Kost bei Spasmophilie befaßt. Er kommt dabei zu folgendem — doch wohl etwas allzusehr gekünsteltem — Nahrungsregime:

150 bis 200 g 5%ige Mehlsuppe + 8 g Malzextrakt oder Zucker (+ Eigelb).

25 g Semmel + 20 g Mettwurst.

Brühsuppe + 20 bis 30 g Grieß, Reis oder dergl., Gemüse + 20 bis 30 g Fleisch.

Mettwurstbrot.

Mehlsuppe (+ Eigelb).

\+ eventuell 2- bis 3mal 1 Teelöffel Lebertran.

Anzuwenden ist diese Kostform bei Kindern von 1 bis 2 Jahren.

Angesichts dieser Bestrebungen, in jedem Falle von Tetanie besonders die Milch auszuschalten, ist es vielleicht nicht ganz unangebracht, daran zu erinnern, daß die ausgedehnten Untersuchungen Zybells (21) — die allerdings ein Jahr früher liegen — ein solches Vorgehen kaum berechtigt erscheinen lassen. Zybell hat bekanntlich zeigen können, daß ein spezifisch antispastisches Ernährungsregime gar nicht existiert, daß sich also die diätetische Behandlung darauf beschränken muß, diejenige Ernährungsweise ausfindig zu machen, die ein möglichst ungestörtes Gedeihen der Kinder garantiert. Es kommt offenbar in erster Linie darauf an, die Ernährung der tetaniekranken Säuglinge richtig zustellen.

In Ergänzung seiner früheren Mitteilung über die diätetische Behandlung der Säuglingsekzems hat Finkelstein (1) einen neuen Aufsatz veröffentlicht, der über die Technik und Indikation der „Ekzemsuppe" präzisere Angaben macht. Die Herstellung der Nahrung soll nach folgender Vorschrift geschehen:

Eine dem Alter des Kindes entsprechende, aber besonders reichlich zu bemessende Menge Rohmilch wird mit Labessenz ausgelabt und der Käse nach mehrstündigem Aufhängen in einem Säckchen aus Seihtuch, währenddessen die Molke abtropft, 3- bis 5mal mit etwas Wasser bis zur feinsten Verteilung durch ein Haarsieb gestrichen. Die entstandene Suspension wird schließlich mit $^1/_{10}$ bis $^1/_5$ der ursprünglichen Molkenmenge und $^9/_{10}$ bis $^4/_5$ Wasser oder Schleimabkochung, noch besser vielleicht mit $^1/_{10}$ bis $^1/_5$ Buttermilch und $^1/_{10}$ bis $^4/_5$ Wasser oder Schleim auf das Ausgangsvolumen aufgefüllt und 40 bis 50 g oder nach Bedarf auch mehr Kohlehydrat in Form von salzfreiem Zucker und Mehl zugesetzt. Will man sterilisieren, so muß das unter ständigem, energischem Schlagen der Suppe geschehen, da sonst der Käse klumpig wird.

In geeigneten Fällen ist die Wirkung dieser salzarmen Kost eine außerordentlich sinnfällige. Schon nach 3 bis 4 Tagen beginnt die entzündliche Rötung abzublassen, die Absonderung geringer zu werden, und nach Ablauf der ersten Woche pflegt das Nässen verschwunden zu sein. Gleichzeitig wird der Juckreiz beeinflußt, bald bis zum gänzlichen Verschwinden, bald wenigstens bis zur starken Verringerung. Etwa in der dritten Woche kann die Haut bis auf eine verbleibende Rötung und leichte Schuppung als geheilt bezeichnet werden. Spätestens jetzt, meist aber schon erheblich früher, ist der Zeitpunkt gekommen, wo man durch Beigabe von salzfrei zubereitetem Gemüse, Obst und anderen salzarmen oder ohne Salz zubereiteten Nahrungsmitteln die Kost mannigfaltiger machen und ohne Gefahr des Rückfalls eine langsame Zunahme erreichen kann. In einer nicht kleinen Zahl von Fällen kommen schließlich die Kinder so weit, daß sie ohne Rückfall zu gemischter (milcharmer) Kost übergehen können.

Für den Gebrauch der Ekzemsuppe stellt Finkelstein folgende Regeln auf:

Die Suppe soll erst nach einem Versuche mit den gewöhnlichen Methoden angewendet werden, und zwar nur bei entzündlich gereizten, stark nässenden, impetiginösen Ekzemen, wenn innerhalb 14 Tagen auf einfachere Art keine befriedigende Besserung zu erreichen war. Bestehende Durchfälle oder Ernährungsstörungen schwerer Art bilden eine Gegenanzeige. Die Mengen der Ekzemsuppe sind reichlich zu bemessen; mäßige Beigaben von Mehlsuppen, Gemüsen, Breien in salzfreier Zubereitung und von Obst sind, wenn nicht schon von Anfang an, so doch wenigstens nach kurzer Zeit erforderlich. Abnahmen, abgesehen von solchen mäßigen Betrages in den ersten Tagen, sollen nicht zugelassen und gegebenenfalls durch Zulagen, namentlich von Kohlehydrat, beseitigt werden, es sei denn, daß es sich um vorher schwer überfütterte Kinder handelt, bei denen man übrigens von der

Vorperiode mit gewöhnlicher knapper Kost nie absehen sollte. Auch bei ihnen wird man extreme Gewichtsverluste durch Kohlehydratzulagen hemmen müssen. Abnahmen in Begleitung von Appetitlosigkeit, Erbrechen und Apathie deuten auf Salzhunger, sind bedenklich und geben eine dringende Anzeige für sofortige Zulage von reichlich Molke oder Buttermilch. Die Anwendungsdauer der Suppe kann bei geeigneter Zukost beliebig ausgedehnt werden, unter 3 bis 4 Wochen soll sie nie herabgehen. Später wird an Stelle der Suppe am besten Buttermilch gesetzt. Beim Übergange kommt es oft zu einer vorübergehenden Verschlimmerung, die dadurch vermeidbar ist, daß man sich nach vollkommenem Aussetzen der Suppe mit der Buttermilch allmählich in langsam steigernden Gaben einschleicht.

Über die Eiweißmilch berichteten Cassel (2), Meyer (3) und Benfey (4), ohne im wesentlichen etwas Neues zu bringen. Zahlreich sind die Vorschläge, die einen Ersatz der Eiweißmilch bezwecken wollen.

Heim und John (5) haben kaseinfettangereicherte Kuhmilch verwendet, deren Herstellung sich folgendermaßen gestaltet:

Das aus $^2/_3$ l roher Kuhmilch durch Labkoagulation gewonnene Kaseinfett wird nach Abscheidung des Käses und Trennung von der Molke mit $^2/_3$ l heißem Wasser verrührt, nachher unter fortwährendem Rühren aufgekocht, dann mehrmals durch ein Haarsieb getrieben. Man bekommt auf diese Weise eine fast homogene Milch, die mit $^1/_3$ l gekochter Kuhmilch vermischt und nun nochmals aufgekocht wird.

Peiser (6) hat als eine vereinfachte Methode der Behandlung akuter Ernährungsstörungen beim Säuglinge die mit alkalisiertem Kefir empfohlen, dessen Bereitung sich folgendermaßen vollzieht.

$^1/_2$ l frischer abgekochter Kindermilch wird nach Abkühlung in eine Patentflasche gefüllt, welche $^3/_4$ l bis 1 l zu fassen vermag. Hierzu kommt eine der käuflichen Kefirtabletten (die billigsten kosten $2^1/_2$ Pfennige das Stück). Alsbald wird die Flasche stark geschüttelt, damit das Kefirferment sich rasch und gleichmäßig in der Milch verteilt. Sodann wird die Flasche in die Nähe des Ofens gelegt, wo nach Kontrolle mit dem Thermometer (z. B. Badethermometer) die Temperatur eine Höhe von 30 bis 35° C erreicht. Im Laufe des Tages wird die Milch wiederholt geschüttelt. Nach etwa 24 Stunden ist dann der Kefir trinkfertig.

Ein derartiger Kefir wurde zur Hälfte noch mit Wasser verdünnt und zur Abstumpfung der Säure mit 5 cm³ 20%iger Natrium carbonicum-Lösung pro $^1/_2$ l versetzt.

Zum Ersatze der Eiweißmilch in leichteren Fällen von Ernährungsstörungen hat Stolte (7) eine Korrektur der Nahrung durch eine Buttermilch-Mondamin-Mischung empfohlen. Bei beginnenden Ernährungsstörungen oder wo sich bei kohlehydratreicher Nahrung dünne Stühle zeigen, schaltet er 1 oder 2 Mahlzeiten Buttermilch + 5% Mondamin, aber ohne weiteren Kohlehydratzusatz ein und bewirkt damit meist prompt eine Besserung der Darmgärungen.

Auch bei schweren — mit großen Gewichtsstürzen einhergehenden — akuten Ernährungen hat derselbe Autor mit der Butter-

milch-Mondamin-Mischung gute Resultate erzielt, insbesondere den abundanten Wasserverlusten Einhalt tun können.

In einer umfangreichen Monographie hat dann Schloß (8) über Ernährungsversuche mit molkenreduzierter und molkenadaptierter Milch berichtet. Indem wir auf das ausführliche Referat auf S. 219 verweisen, beschränken wir uns darauf, nur die Zusammensetzung der betreffenden Milchen kurz anzuführen:

Bei jüngeren Kindern ist die Zusammensetzung:

$^1/_7$ Liter Vollmilch
$^1/_7$ Liter 20%ige Sahne
(24) 35 g Nährzucker
(25) 15 g Mondamin
5 g Nutrose
(0·2 g KCl)
$^5/_7$ Liter Wasser.

Bei älteren Kindern:

$^1/_7$ Liter Vollmilch
$^1/_7$ Liter 20%ige Sahne
50 bis 70 g Nährzucker
5 g Nutrose oder Plasmon
(0·2 g KCl)
$^5/_7$ Liter Wasser.

Mit diesen Mischungen, die im praktischen Gebrauche weniger kompliziert sind als sie aussehen, hat Schloß gute Resultate erzielt, wovon er eine Reihe von Beispielen in seinem Buche wiedergibt. Nachprüfungen von anderer Seite liegen noch nicht vor. Wir selbst haben eine Reihe von Versuchen damit angestellt, die wir in der Hoffnung, einen billigen Ersatz für die teure Eiweißmilch zu finden, begannen. Leider aber zeigte sich bald, daß der Gebrauch einer 20%igen Sahne die Nahrung zu einer noch kostspieligeren, als es die Eiweißmilch ist, macht.

Konservierte Frauenmilch zur Ernährung von Säuglingen ist von Mayerhofer und Pribram (9) und von Peiser (10) verwendet worden.

Das alte Thema der „Rohen" Milch hat Plantenga weitergesponnen, während das der „Trockenmilch" bei uns zum Schlusse gekommen zu sein scheint. In Frankreich dagegen geht der Streit über die letztere lustig weiter. Avinaquet, Bloch, Michel und Dorlencourt empfehlen sie, nur Variot verdammt sie und lobt zugleich die homogenisierte Milch. Man streitet sich, wie es scheint, aus Lust am Streite und nicht, um der Sache zu dienen.

Zur Ernährung von Säuglingen mit Gemüse hat Friedenthal vorgeschlagen, letzteres in Pulverform zu verabfolgen (vgl. Kassowitz).

1. **Finkelstein.** Zur Indikation und Technik der Behandlung des Säuglingsekzems mit molkenarmer Milch. Therap. Monatshefte, S. 34.
2. **Cassel.** Erfahrungen mit Eiweißmilch. Arch. f. Kinderheilk., 1912, S. 241.
3. **Meyer.** Über Eiweißmilch als Säuglingsdiätetikum in der Hand des praktischen Arztes. Med. Reform, 1912, S. 174.
4. **Benfey.** Zur Ernährung Neugeborener mit Eiweißmilch. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 75, S. 280.
5. **Heim** und **John.** Über die Verwendbarkeit mit Kasein angereicherter Kuhmilch usw. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. IV, S. 1.
6. **Peiser.** Eine vereinfachte Methode der Behandlung akuter Ernährungsstörungen usw. Monatsschr., Bd. XI, S. 175.
7. **Stolte.** Behebung von Durchfällen der Säuglinge durch Korrektur ihrer Nahrung mit Buttermilch. Monatsschrift, Bd. XI, S. 49.
8. **Schloß.** Über Säuglingsernährung. Verlag von Karger, Berlin 1912.
9. **Mayerhofer** und **Pribram.** Praktische Erfolge der Ernährung mit konservierter Frauenmilch. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. III, S. 525.
10. **Peiser.** Über die Verwendung von konservierter Ammenmilch zur Ernährung von Säuglingen. Verein f. inn. Med. u. Kinderheilkunde, Berlin, Sitzung vom 3. Juni 1912.
11. **Kassowitz.** Gemüsekost im Säuglingsalter. Verh. d. Gesellsch. f. Kinderheilk., 1912, S. 113.
12. **Ewald.** Das Chocolin (Michaelis) ein neues Abführmittel. Zentralbl. f. d. ges. Therapie, S. 1.
13. **Mandelbaum.** Tanargentan ein neues Darmdesinfizienz und Adstringens. Therap. Monatsschrift, S. 263.
14. **Stirnimann.** Die Anorexie der Kinder. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, S. 369.
15. **Fuld.** Eine neue medikamentöse Behandlung der Diarrhöe. Semaine médicale, S. 409. Zitiert nach Ther. Monatsschrift, S. 751.
16. **Hess.** Der Gebrauch eines einfachen Duodenalkatheters in der Klinik und im Experiment. Verh. d. Gesellsch. f. Kinderheilk., 1912, S. 127.
17. **Mayerhofer.** Zur Therapie der Rumination im Säuglingsalter. Therap. Monatsschrift, S. 263.
18. **Grulee.** Die diätetische Behandlung der Säuglingstetanie. Arch. of Pediatrics, S. 24.
19. **Stöltzner.** Vergl. d. Monatsschr., S. 226.
20. **Raabe.** Über die Durchführung einer milchlosen Kost bei Spasmophilie. Therap. Monatsschrift, S. 338.
21. **Zybell.** Beiträge zur Behandlung der Spasmophilie. Verh. d. Gesellsch. f. Kinderheilk., 1911, S. 159.

VII. Würmer.

Bei Behandlung von Kindern mit Oxyuren hat sich Jödicke (1) folgendes Vorgehen bewährt: 1 bis 2 Wochen hindurch fortgesetzter Gebrauch von starken Abführmitteln; nebenher Genuß von sauren Speisen, Trinken von Essigwasser, von essigsaurer Tonerde, welch letztere auch in Geloduratkapseln ordiniert werden kann. Eine gute Wirkung übt das Trinken von Sauerkrautwasser aus — also der Brühe, die beim Abkochen des Kohles erhalten wird. Man läßt davon mehrmals täglich einige Eßlöffel nehmen.

Stettiner (2) beobachtete, daß bei Personen, die gleichzeitig an Diabetes und an Oxyuren litten, die letzteren dauernd ver-

schwanden, sobald eine antidiabetische Kost gereicht wurde. Er schlägt deshalb vor, kohlehydratfreie Kuren gegen Oxyuren anzuwenden. In den von ihm mitgeteilten Fällen trat allerdings öfters erst nach 2- oder 3maliger Wiederholung der Kur Erfolg ein.

Bei Bandwurmkuren gebrauchte Mendelsohn (3) das Filmaronöl. Zur Vorbereitung genügt eine Einschränkung der bisherigen Kost. Morgens nüchtern gibt man dann 5·0 bis 7·5 g Filmaronöl. Wenn 1 Stunde später noch kein Stuhlgang erfolgt ist, läßt man 1 Eßlöffel Rizinusöl folgen, nach 2 bis 3 Stunden, wenn nötig, einen zweiten.

Als Mittel gegen Askariden hat Brüning (4) das Wermolin erprobt. Der wirksame Bestandteil darin ist das Ol. chenopodii anthelminticum, das Wurmsamenöl. 1·5 g Ol. chenop. + Rizinusöl + Geschmackskorrigentien stellen das Wermolin dar (Adlerapotheke in Hilden), 50 g = 1·50 M. Brüning wandte es in 16 Fällen mit gutem Erfolge an. Man gibt es kinderlöffelweise früh und abends, meist genügen 3 Löffel. 2 Stunden nach der letzten Dosis läßt man 1 Teelöffel Rizinusöl oder Brustpulver oder 1 bis 2 Laxintabletten folgen.

1. **Jödicke.** Med. Kl., 1912. Januar.
2. **Stettiner.** Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 19.
3. **Mendelsohn.** Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 32.
4. **Brüning.** Wermolin. Deutsche med. Wochenschr., S. 2368.

VIII. Hautkrankheiten.

Über die diätetische Behandlung des Säuglingsekzems hat Finkelstein (1) abgehandelt. Näheres ist im Kapitel „Diätetik" nachzulesen.

Zur medikamentösen Therapie des nässenden intertriginösen Ekzems im Säuglingsalter sowie bei Furunkulose, Hautjucken, zur Pflege der Hände der Pflegerinnen empfiehlt Cramer (2) das Unguent. herbale compositum Obermeyer — früher als „Viljacreme" bekannt. Als Ersatzmittel der Scharlachrotsalbe sind Pellidol (Diazetylamidoazotoluol) und Azodolen (Pellidol + Jodolen āā) von Kalle & Komp. (Biebrich) eingeführt worden. Sie werden in 2%igen Salben oder als Puder angewendet. Bantlin (3) hat aus der Gießener Kinderklinik über gute Erfolge damit bei Ausschlägen exsudativer Kinder berichtet.

Heißluftbehandlung bei Ekzemen im Säuglingsalter hat Jenny Perlmann (4) angewandt. Sie benutzte einen Heißluftapparat (medizinisches Warenhaus Thamm, Berlin, NW., Carlstraße 14, 20 M.), mit dem die Kinder in täglichen Sitzungen von 5 bis 10 Minuten behandelt wurden. Im übrigen wurden die ekzematösen Stellen nur mit Öl befeuchtet. Zuerst besserte sich der Juckreiz und die Unruhe der Kinder, am günstigsten und schnellsten wurden die nässenden Ekzeme beeinflußt. Furunkel schrumpften und schwanden oftmals ohne Inzision.

Mit Organotherapie, speziell mit Schilddrüsenverabreichung, hat Rocaz (5) die Ekzeme geheilt. Äußere Mittel wurden nur zur Erweichung der Borken gebraucht. 18 von 38 Fällen heilten in 1 Monat, 12 in 2, 8 in 3 Monaten. Bereits nach 1 Woche hat sich in seinen Fällen die Rötung und das Nässen der Ekzeme verloren.

Wir haben nach diesen Angaben auch versucht, schwere chronische Ekzeme bei Säuglingen mit Schilddrüsentabletten zu behandeln. Ein Erfolg ist uns leider nicht beschieden gewesen.

Über Vakzinetherapie der Hautkrankheiten berichtet Beck (6), Budapest. Er gebrauchte das von Wassermann angegebene „Histopin", eine Staphylokokkenextraktgelatine, die bei Follikulitis und Furunkulose der Säuglinge, auch bei Impetigo, bei Komedonen älterer Kinder gute Resultate geben soll. Man pinselt sie morgens auf und läßt sie — ohne weitere Bedeckung — eintrocknen. Am Abend wird sie mit lauwarmem Wasser vorsichtig wieder abgewaschen. Handelt es sich um tiefere Infiltrate, so kann man auch Salbenverbände mit Histopinsalbe verwenden. Die Behandlung muß mindestens 14 Tage lang fortgesetzt werden. Bei oberflächlichen Follikulitiden ist in 4 Tagen vollkommene Heilung eingetreten. Nur wenige Fälle verhalten sich refraktär. Zeigt sich nach 8 Tagen kein deutlicher Erfolg, so tut man gut, eine andere Behandlungsmethode zu versuchen.

Zieler sah ebenfalls gute Erfolge mit abgetöteten Staphylokokkenkulturen bei Hauterkrankungen der Säuglinge.

Die Serumbehandlung der Hautkrankheiten, wie sie von Linser und Mayer zuerst zur Behandlung von Schwangerschaftsdermatosen angegeben wurde, ist von Heuck (8) geübt worden. Die besten Erfolge sah er bei Urtikaria und Strophulus infantum. Bei 10 derartigen Patienten wurde schon nach 2 bis 4 Injektionen eine Besserung, nach 6 bis 8 Injektionen eine Heilung erzielt.

Die Technik des Verfahrens war folgende: Das Blut wurde von klinisch, anamnestisch und serologisch einwandfreien Menschen aus der Vene oder durch Schröpfkopf gewonnen, mehrere Minuten mit Glasperlen geschüttelt und scharf zentrifugiert, das überstehende Serum mit der Rekordspritze aufgesogen und intravenös — oder bei Kindern mit schlechten Venen subkutan — 1- bis 2mal wöchentlich injiziert. Am besten ist es, das Serum sofort oder doch wenigstens innerhalb $^1/_2$ Stunde zu injizieren.

Über eine Heilung von Eieridiosynkrasie, die sich in Urtikariaeruptionen manifestierte, berichtet Schloß (9). Durch Verabreichung von winzigen Gaben Ovomukoids gelang es, das Kind allmählich gegen Eier immun zu machen.

1. **Finkelstein.** cfr.: Kap. Diätetische Therapie.
2. **Cramer-Zehlendorf.** Med. Kl., 1912, S. 909.
3. **Bantlin.** Pellidol und Azodolen zur Behandlung der Ekz. bei exs. Diath. Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 39.
4. **Perlmann.** Heißluftbehandlung der Ekzeme im Säuglingsalter. Münchener med. Wochenschr., S. 85.
5. **Rocaz.** Gaz. hebdom. de Bordeaux. Zitiert nach Med. Kl., S. 907.

6. **Beck.** Budapest. Med. Kl., 1912, S. 907.
7. **Zieler.** Würzburger Ärzteabend. Demonstrationen. Münchener med. Wochenschr., 1912, S. 59.
8. **Heuck.** Erfahrungen über Behandlung Hautkranker mit Menschenserum. Münchener med. Wochenschr., 1912, S. 2608.
9. **Schloß.** A case of allergy to common foods. Amer. Journ. Dis. Childr., Juni 1912.

IX. Krankheiten des Nervensystems und Verwandtes.

Von den Erfolgen der Salvarsanbehandlung hat auch die altgeübte Arsentherapie der Chorea minor Nutzen gezogen:

Hahn (1) hat in 3 Fällen schnelle Besserung und Heilung nach intravenöser Salvarsaninjektion gesehen. Salinger (2) behandelte ein 10jähriges Kind intravenös mit 0·1 Salvarsan, ebenfalls mit Erfolg — allerdings wies das Kind neben seiner Chorea noch luetische Ulcera und eine positive Wassermannsche Reaktion auf. Weil, Morel und Mauriquand (3) sahen bei rektaler Anwendung des Mittels, in steigender Dosis von 0·1 bis 0·4 bei 10- bis 13jährigen Kindern angewandt, bei Sydenhamscher Chorea gute Erfolge.

Eine zusammenfassende Darstellung der Behandlung der Chorea erschien als „klinischer Vortrag" von Grober in der Deutschen medizinischen Wochenschrift.

Zur Behandlung der Epilepsie erprobte Jödicke (10) ein neues Mittel: Zebromal. Es ist ein Dibromzimtsäureazetylester, das in Wasser unlöslich, in Alkohol usw. leicht löslich ist. Es wird in Tablettenform verabreicht und enthält 48% Brom. Die Tagesdosen betrugen 4 bis 7 Tabletten. Die Publikation macht nicht den Eindruck, daß es sich um einen Fortschritt der Bromtherapie handelt.

Bromkalziumharnstoff-Ureabromin wurde von Fischer und Hoppe (11) (Uchtspringe) bei Epilepsie verwendet. Es ist indiziert in allen Fällen, wo die Ausscheidung des Broms darnieder liegt, wo die Herztätigkeit vermindert ist, bei Intoxikationsverdacht und bei spasmophilen Zuständen des Kindesalters. Bei Status epilepticus kann es auch intravenös gegeben werden.

Eine eigenartige Modifikation der Bromtherapie behandeln die Publikationen von Ulrich (4), Maier (5) und Ammann (6). Von den Fabriken von Maggi und Hoffmann-Laroche werden Suppenwürfel — Sedobrol — hergestellt, 2 g schwer, die 1·1 g Bromnatrium, 0·1 g Kochsalz und im übrigen Extraktivstoffe aus Pflanzeneiweiß und Fett enthalten. Eine solche Tablette löst sich leicht in 100 g heißem Wasser und gibt ohne jeden weiteren Zusatz eine schmackhafte Suppe, die wie eine gut gesalzene Fleischbrühe mundet, in Wirklichkeit aber nichts anderes darstellt als eine 1%ige Bromnatriumlösung. Dieselben Tabletten lassen sich auch zum „Salzen" anderer Suppen, von Gemüse usw. verwenden. Sie gestatten also eine Brombehandlung bei gleichzeitiger Einschränkung des Kochsalzes und stellen eine sehr bemerkenswerte Lösung des Problems der salzarmen, lang-

dauernden Ernährung der Epileptiker dar. Die Publikationen berichten von jahrelangen praktischen Versuchen, die in durchaus günstigem Sinne ausgefallen sind. Es sei hier eine Massenbeobachtung mitgeteilt: Bei 100 Epileptikern traten bei salzhaltiger Kost in einem Zeitraume von 3 Monaten: 2184 Anfälle auf, bei kochsalzloser Suppe + Brom: 1533 Anfälle und bei Sedobroltabletten: 1002 Anfälle.

Bing (8) gibt mehrere praktische Verordnungen über die Kombination des Broms mit anderen Mitteln:

Rp. Kal. bromat. 200·0
Inf. rad Valer. 10% ad 1000·0
1 Kaffeelöffel = 1 g Brom.

Rp. Kal. brom. 40·0
Ammon brom.
Natr. brom.
Natr. benzoic. āā 12·0
Aqu. menth. pip. 1000·0
1 Eßlöffel = 1 g Brom.

Rp. Kal. brom 20·0
Cod. phosph. 0·2
Inf. adon. Vern. ad 300·0
1 Eßlöffel = 1 g Brom.

Der Zusatz von Natr. benz. und von Adon. vernalis steigert die Wirkung der Bromalkalien, ersteres vielleicht durch Förderung der Resorption vom Darm aus, letzteres durch Besserung der Gehirnfunktion. Beide Mittel wirken außerdem als Diuretika dem Bromismus entgegen. Auch Valeriana unterstützt die Bromwirkung.

Sonstige Nervina usw.

In mehrfachen Publikationen aus der Göttinger Kinderklinik wird als Nervinum, Narkotikum, Antispasmodikum für Säuglinge das Urethan empfohlen: bei unruhigen, nervösen Kindern, bei Reizhusten, Bronchitis spastica usw.

Die Dosierung ist nach Bertling (7) folgende:

1 bis 5 Monate	0·5 bis 0·9 g
6 bis 12 Monate	1·0 g
1 bis 2 Jahre	1·5 g
2 und mehr Jahre	2·0 g pro dosi.

Er empfiehlt speziell folgende Rezepte:

Rp. Sol. urethan 2·0 : 40·0
Liqu. am. anis. 0·5
Mucil. G. arab. 1·0
1 Eßlöffel = 0·8 g.
Preis 90 Pfennig.

Rp. Urethan 3·0
Sir. simpl. ad 30·0.
Preis 50 Pfennig.

Rp. Sol. urethan 2·0 : 10·0
Sir. Cinnam. ad 20·0
1 Eßlöffel = 1·3 g.
Preis 90 Pfennig.

Rp. Sol. urethan 2·0 : 10·0
Aqu. menth. pip. 5·0
Sacharin quant. sat.
1 Eßlöffel = 2 g.
Preis 90 Pfennig.

Rp. Sol. urethan 5·0 : 50·0
Gum. arab. 1·0
Liqu. am. anis. 0·5
Sacharin. qu. sat.
1 Kinderlöffel = 1 g.
Preis 1·25 Mark.

Bromural ist — in Mengen von 1 bis 2 bis 3 Tabletten zu 0·3 g — von Schäfer (12) bei Hysterie, Epilepsie, Tic, Pavor nocturnus der Kinder angewandt worden.

Über Adalin berichtet Kobrack (13). Er lobt es als Hypnotikum bei unruhigen, nervösen Kindern, bei Dyspepsien, Pneumonien, Pertussis, wo man durch eine einmalige abendliche Dosis den Kindern einen beruhigenden Schlaf schaffen kann. Es hat sich nicht bewährt bei Pertussis und bei Krämpfen — hat außerdem den Nachteil eines enormen Preises.

Wir haben Adalin auch sehr häufig gebraucht, es wirkt nach unseren Erfahrungen wie Veronal — nur schwächer.

Die zahlreichen neuen Nervina und Narkotika des Jahres: Kodeonal, Luminal, Narkophin, Adamon, Pantopon usw. haben bisher bei Kindern kaum Verwendung gefunden.

Nur vom Pantopon wird ein Sirup in den Handel gebracht, den wir selbst viel gebraucht haben. Pantoponsirup gleicht in seiner Wirkung wie in seiner Dosierung vollkommen dem Kodeinsirup (Säuglinge — 3 mal $^1/_2$ Teelöffel, Kinder jenseits des 1. Lebensjahres — 3 mal 1 Teelöffel).

Eine zusammenfassende Darstellung der „medikamentösen Schlaf- und Beruhigungsmittel im Säuglings- und Kindesalter" hat Göppert (9) in „Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin" gegeben.

Über die Verwendung von Opiaten im Kindesalter hat Döbeli (14) in dieser Monatsschrift abgehandelt (S. 439). Er hat an „die bedeutenden Kinderärzte" eine Rundfrage über die Verwendbarkeit derselben gerichtet und teils zustimmende, teils ablehnende Antworten erhalten. Ohne uns diesem illustren Kreise zurechnen zu wollen, möchten wir doch darauf hinweisen, daß die Opiatbehandlung selbst im Säuglingsalter nicht allzu gefährlich ist. Nur die „wilde" Opiumtherapie der Drogisten und Apotheker mit „Beruhigungssäften" für Säuglinge ist gefährlich, beziehungsweise ein Verbrechen. Wir wenden viel Morphium an bei Säuglingen, die Chloralhydrat erbrechen, bei Kindern mit Diphtherie, bei Pylorusstenose, wir haben ferner bei Gelegenheit von Opiumbromkuren

wochenlang enorme Dosen von Opium purum bei Kindern jenseits des Säuglingsalters gegeben und haben nie eine Vergiftung oder einen Verdacht darauf gesehen. (Vgl. Ergebnisse d. inneren Med. u. Kinderheilk., III, S. 596.)

1. **Hahn.** Die Behandlung der Chorea minor durch Salvarsan. Deutsche med. Wochenschr., 1911, S. 1550.
2. **Salinger.** Salvarsan bei Chorea minor. Münchener med. Wochenschrift, 1912, S. 1376.
3. **Weil, Morel** und **Mauriquand.** Lyon médicale, 1912, S. 45.
4. **Ulrich.** Mitteilungen über 5jährige Erfahrungen der Epilepsiebehandlung bei salzarmer Kost. Münchener med. Wochenschr., S. 1947 und 2007.
5. **Maier.** Versuche mit einer neuen Art der Bromdarreichung bei salzarmer Kost. Münchener med. Wochenschr., S. 1950.
6. **Ammann.** Die Brombehandlung der Epilepsie, Therap. d. Gegenwart, S. 535.
7. **Bertling.** Über die Verwendbarkeit des Urethans in der Kinderheilkunde. Berliner klin. Wochenschr., S. 150.
8. **Bing.** Med. Kl., 112, Heft 1.
9. **Göppert.** Medizinische Reform. Hallm. f. soc. Hyg. u. prakt. Med., 1912, 29. Februar.
10. **Jödicke.** Über Zebromal, ein neues Antiepileptikum. Münchener med. Wochenschr., S. 354.
11. **Fischer** und **Hoppe.** Über Bromkalziumharnstoff (Ureabromin). Berliner klin. Wochenschr., S. 1833.
12. **Schäfer.** Erfahrungen mit Bromural in der Kinderpraxis. Therapie d. Gegenw., S. 142.
13. **Kobrack.** Das Sedativum und Hypnotikum Adalin in der Kinderpraxis unter Berücksichtigung seiner Verwendbarkeit bei der Therapie des Keuchhustens. Med. Kl., 1911, S. 1660.
14. **Döbeli.** Diese Monatsschrift, S. 439, Originalien.

X. Konstitutionskrankheiten.

Über eine überraschende diätetische Beeinflussung exsudativer Erscheinungen hat Moro (1) in dieser Monatsschrift berichtet. Stoffwechselversuche bei Rachitis hat Schabad (2) angestellt, eine neue, zunächst noch etwas problematische Behandlung derselben mit Hypophysochrom, dem phosphorhaltigen Farbstoff der Hypophyse hat Klotz (3) in Aussicht gestellt.

Thymusdrüse haben Kerley und Beebe (4) verfüttert. Es handelte sich um einen Fall von verzögerter Körperentwicklung bei einem 16jährigen Knaben, der — bei normaler Intelligenz — den Habitus eines 11jährigen hatte. Eine Arsenkur war vergeblich gewesen, deshalb wurde ein Versuch mit Thymusdrüse gemacht, täglich 0·9 g Thymusextrakt. Nach 6 Monaten zeigte sich angeblich eine Besserung, indem eine Behaarung der Genitalien auftrat usw.

Bei Hämophilie, perniziöser Anämie und ähnlichen Zuständen wurden Injektionen von Serum oder defibriniertem Blut empfohlen. Über die Technik macht John (5) folgende Angaben: Einem gesunden Menschen werden aus der Armvene 30 bis 40 bis 50 cm^3 Blut steril entnommen, in einem sterilisierten, mit Glasperlen versehenen Glaskolben aufgefangen und durch etwa 10 Minuten langes Schütteln

defibriniert. Das defibrinierte Blut spritzt man dann sofort intramuskulär in die Glutäen oder auch subkutan in die Unterschenkelhaut ein. Er hat die Injektion in 2- bis 3tägigen Intervallen, im ganzen immer 2- bis 3mal wiederholt.

Derselbe Autor erinnert daran, daß die einst viel geübte Gelatinetherapie ihren Nimbus eingebüßt habe, seitdem durch die Untersuchungen Ciuffinis nachgewiesen sei, daß die sterilisierte Gelatinelösung ihre Wirkung auf den Gerinnungsprozeß verliert, und daß per os oder per rectum eingeführte Gelatine keine oder eine nur sehr geringfügige Veränderung der Blutgerinnung bewirkt.

Nach den Angaben Johns hat Rubin (6) auch in einem Fall defibriniertes Blut injiziert und einen eklatanten Erfolg erzielt.

Mißerfolge dagegen, ja sogar Schaden, hat Bennecke (7) erlebt.

1. **Moro.** Zur Diätetik der Skrofulose. Monatsschr. f. Kinderheilk., S. 21.
2. **Schabad.** Vgl. Monatsschrift. S. 4 und Arch. f. Kinderheilk., S. 276.
3. **Klotz.** Zur Ätiologie der Rachitis auf Grund therapeutischer Beeinflussung durch Hypophysenmedikation. Münchener med. Wochenschrift, S. 1145.
4. **Kerley** und **Beebe.** Ein Fall von verzögerter Körperentwicklung bei einem Knaben mit Thymusdrüse behandelt. Zitiert nach Therap. Monatshefte, S. 906.
5. **John.** Über therapeutische Erfolge bei Blutungen, hämorrhagischer Diathese und perniziöser Anämie durch Injektion von Serum beziehungsweise definibriertem Blut Gesunder. Münchener med. Wochenschrift, S. 186.
6. **Rubin.** Über einen Fall hartnäckiger hämorrhagischer Diathese usw. Münchener med. Wochenschr., S. 2171.
7. **Bennecke.** Über unsere Mißerfolge mit der Bluttransfusion bei perniziöser Anämie. Münchener med. Wochenschr., S. 571.

VI. Schädigungen durch Medikamente.

An erster Stelle sind hier die unerwünschten Nebenwirkungen des Salvarsans zu nennen. Da sie hauptsächlich mit dem Gebrauch des alten Salvarsans verknüpft waren (heute wohl überall durch das ungefährlichere Neosalvarsan ersetzt), so erübrigt es sich, näher darauf einzugehen.

Auch auf die Schädigungen durch Anaphylaxie sei nur kurz hingewiesen.

Wismutvergiftungen bei Kindern sind, im Anschlusse an die Becksche Behandlung tuberkulöser Fisteln mit Wismutpaste, mehrfach beschrieben worden.

Die Gefahren der lokalen Menthol-Koryfinsalbe-Anwendung in der Nase im frühen Kindesalter schildert Lublinsky (3) aus eigenen Erfahrungen.

Einen recht merkwürdigen beziehungsweise unwahrscheinlichen Fall von Benzinvergiftung hat Friediger (4) (München) gesehen.

Ein Säugling mit Hauteiterungen wurde mit Benzin von den Pflastern usw. gereinigt. Nach dem Verbandwechsel setzten plötzlich schwerer Kollaps, Krämpfe und Erbrechen ein, die der Verf. auf eine Inhalations- beziehungsweise Resorptionsintoxikation von der Haut her durch das Benzin erklären will. Dementsprechend warnt er vor der Anwendung des Benzins.

Nekrosen an der Hand infolge von Anwendung von Umschlägen mit essigsaurer Tonerde hat Esau (5) beobachtet. Mit Rücksicht hierauf sei darauf hingewiesen, daß Dörken (6) aus der Göttinger Kinderklinik empfiehlt 96%igen Spiritus + Glyzerin aa zu hydropathischen Verbänden bei neugeborenen Kindern zu verwenden.

1. **Dreyfuss.** Serumtod infolge von Anaphylaxie? Münchener med. Wochenschr., S. 198.
2. **Erdheim.,** Über Wismutintoxikation bei Behandlung nach der Methode von Beck. Wiener klin. Wochenschr., S. 749.
3. **Lublinsky.** Die lokale Mentholanwendung in der Nase und ihre Gefahr im frühen Kindesalter. Berliner klin. Wochenschr., S. 261.
4. **Friediger.** Über eine akute Benzinvergiftung beim Säugling. Münchener med. Wochenschr., S. 252.
5. **Esau.** Nekrosen an der Hand infolge Anwendung von Umschlägen mit essigsaurer Tonerde. Med. Kl., S. 1156.
6. **Dörken.** Die Anwendung von Spirit. Glycerin. zu feuchten Verbänden als Ersatz der essigs. Spirit.- und essigsauren Tonerde-Therapie. Therap. Monatsschrift, S. 711.

Berichte.

Gesellschaft für Innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien (Pädiatrische Sektion).

Referent: **Schick** (Wien).

Sitzung vom 31. Oktober 1912.

Sperk B. „*Ophthalmoplegia externa et interna, Parese der unteren Extremitäten auf polyomyelitischer Grundlage.*" (Aus dem St.-Anna-Kinderspital.)

Ein 13jähriges Mädchen erkrankte vor 3 Monaten unter unklaren Symptomen mit hohem Fieber (bis 41°) und intensiven Schmerzen im linken Hüftgelenk. Intensive Kopfschmerzen, Benommenheit konnte anfangs noch mit dem hohen Fieber erklärt werden. Im weiteren Verlauf stellten sich obengenannte Lähmungserscheinungen ein. Nach einiger Zeit Rückgang des Fiebers, Nachlassen der Gelenksschmerzen. Die Ptosis links bessert sich namentlich in den letzten Wochen. Wassermann negativ, Pirquet positiv. Augenhintergrund normal. Interessant ist die Entwicklung breiter Striae an der Streckseite beider Kniegelenke.

Goldreich A. „*Keloidnarben nach luetischem Exanthem im Gesichte.*"

Der 13 Monate alte Knabe, der typisch luetisch aussieht (Hydrozephalus, Sattelnase usw.), zeigt ungemein reichliche, weiße, teils unregelmäßige, teils sternförmige Narben im ganzen Gesicht.

Magyar J. „*Myositis ossificans.*"

Ein 3¾ Jahre altes Mädchen fällt durch seine Haltung auf. Dieselbe ist charakterisiert durch eine Übergeneigtheit nach vorne, leichte Abduktion der Oberarme mit Bewegungseinschränkung derselben sowie mit Bewegungseinschränkung des Kopfes. Diese Zwangsstellung erklärt sich aus einer Verknöcherung der Musc. bicipites. Derselbe Prozeß findet sich in Form von kugeligen Vorwölbungen am oberen und unteren Rande des Musc. latissimus dorsi sowie vorn im Bereiche des Musc. pectoralis major. Anamnestische Daten auch in bezug auf die Familienanamnese belanglos.

Kemmetmüller. „*Idiopathischer (luetischer?) intermittierender Gelenkshydrops.*" (Aus dem St.-Anna-Kinderspital.)

13½jähriges Mädchen, das seit dem 6. Lebensjahre in Intervallen von zirka 8 Tagen eine Schwellung der Kniegelenke bekommt. Kein Fieber, Wassermann positiv, Pirquet negativ. Salvarsan hatte vorübergehend günstigen Einfluß. Die weiter angewendete Therapie erfolglos.

Nobel E. „*Ein Fall von juveniler progressiver Paralyse.*" (Aus der k. k. Kinderklinik.)

Patient wurde in der Sitzung vom 2. Mai wegen musikalischem Herzgeräusch bei Aorteninsuffizienz vorgestellt. Die damals schon vorhandenen zerebralen Erscheinungen wurden als Lues cerebri aufgefaßt. Wassermann positiv. Die Quecksilberkur hatte nur wenig Erfolg. Seit der Entlassung aus der Klinik hat sich die Intelligenz des Kranken wesentlich verschlechtert. Es besteht deutliches Silbenstolpern. Patient hat gesteigerte Patellarreflexe, Pupillendifferenz und Pupillenstarre, geringe Fazialisparese auf der rechten Seite.

Hecht A. F. „*Über die physiologischen Schallverhältnisse am Herzen des Kindes.*"

Hecht untersuchte das Verhältnis des ersten und zweiten Herztones bei 11 Säuglingen und 10 älteren Kindern mikrophonisch und fand bei Säuglingen an der Herzbasis die Amplituden der ersten Töne größer als die der zweiten Töne. Hiermit ist Hochsingers Behauptung, daß im frühen Kindesalter im Gegensatze zum späteren Leben der Rhythmus an der Basis kein Jambus, sondern ein Trochäus ist, objektiv gestützt.

Diskussion: Hochsinger bemerkt, daß er schon vor vielen Jahren die jetzt von Hecht objektiv nachgewiesene Tatsache durch Auskultation festgestellt habe. Sie sei von anderer Seite heftig angegriffen worden. Er erklärt dieses Phänomen mit der relativ kräftigeren Muskulatur des kindlichen Herzens.

Friedjung J. K. „*Die Ernährungsstörungen der Brustkinder und Konstitution.*" Eine Studie über Organminderwertigkeit im Sinne Adlers.

Friedjung geht von der Erfahrung aus, daß Säuglinge bei der sorgfältigsten Ernährung schlecht gedeihen können, und umgekehrt, daß die von den verschiedensten Seiten empfohlenen Methoden künstlicher Ernährung gute und schlechte Erfolge zeigen und daß selbst die geregelte Ernährung an der Brust von vielen Störungen begleitet sein kann. Die Ursachen dürften wohl in konstitutionellen Momenten liegen. Die bisherigen in der Literatur vorliegenden Angaben nehmen zum Teil darauf Rücksicht. Friedjung will das Wort Konstitution durch das von Alfred Adler geschaffene Wort Organminderwertigkeit ersetzen. Nach Adler bedeutet Heredität nicht die Vererbung einer bestimmten Erkrankung,

sondern die Vererbung eines oder mehrerer minderwertiger Organe. Durch die Ausführungen Adlers angeregt, hat Friedjung versucht, auf statistischem Wege zu ermitteln, ob bei rationell ernährten, sonst gesunden Brustkindern mit gestörten Ernährungsfunktionen (Trinkfaulheit, mehr oder weniger häufiges Erbrechen, Dyspepsie usw.) hereditäre Momente eine Rolle spielen. Bei 81 Brustkindern von 82 Elternpaaren wurden die Anamnesen der Eltern und Großeltern, auch anderer naher Verwandter auf Appetenz, Magen- und Darmfunktionen, Leber- und Pankreasstörungen (Diabetes), Fettsucht, Hernien, Blinddarm- und Darmerkrankungen überhaupt durchforscht. Bei den 108 Vorfahren der normalen Brustkinder (22) waren nur bei etwa einem Viertel, bei 282 Vorfahren der leicht (44 Fälle) beziehungsweise schwer (15 Fälle) gestörten Kinder dagegen bei ungefähr drei Fünfteln belastende Momente nachzuweisen. Friedjung betont, daß auch diese Untersuchungen noch keine Beweiskraft haben, daß es zur Entscheidung noch viel größeren Materials bedarf. Immerhin sprechen die bisherigen Resultate für die Anschauungen Adlers.

Sitzung vom 28. November 1912.

Paul G. *„Ein Fall von originären Kuhpocken bei einem Kinde."*

Der 11 Monate alte Säugling, der im ekzematösen Gesicht Efflorescenzen zeigte, die jeder Arzt als Vakzinose aufgefaßt hätte, ist dadurch bemerkenswert, daß die Ätiologie der Erkrankung dunkel ist, da das Kind weder geimpft ist noch mit einem frisch geimpften Individuum in Berührung gekommen war. Patient ist das Kind einer Kuhschweizerfamilie, weshalb der Verdacht auf originäre Kuhpockeninfektion berechtigt ist. Kornealimpfung wird durchgeführt werden.

Silberknopf O. *„Ein Fall von exzessiver Kraniotabes."*

4 Monate altes, frühgeborenes Kind. An Thorax und Extremitäten mäßige Rachitis. Die Hinterhauptschuppe bis auf einen schmalen Teil am hinteren Ende, Scheitel- und Schläfenbein in seiner ganzen Ausdehnung sowie das Stirnbein bis auf eine schmale Zone oberhalb der Augenbrauen und Nasenwurzel zeigen eine gleichmäßige Konsistenz, sind überall weich, elastisch, eindrückbar.

Fröschels E. *„Stummheit bei erhaltenem Hörvermögen."*

Der 10jährige Knabe hört ausgezeichnet, hat auffallend gutes Sprechverständnis, kann aber nicht sprechen. Man muß sich vorstellen, daß jene Bahnen, welche vom Wernickeschen Zentrum (Lautklangbildzentrum) zum Brocaschen Zentrum führen, nicht passierbar sind. In solchen Fällen muß ein anderer Weg zum Sprachzentrum gesucht werden. Dies geschieht auf dem Wege des Tastgefühles (Fühlenlassen des gesprochenen Buchstabens) und des Lichtsinnes (Ablesen von den Lippen). In 8 bis 10 Monaten dürfte durch fortgesetzten Unterricht die Heilung zu erzielen sein. In der Sitzung vom 8. März 1913 konnte Fröschels den Patient mit wesentlich gebessertem Sprachvermögen zeigen.

Januschke H. *„Stellungnahme der Kinderärzte zur Schularztfrage."*

Auch in Österreich scheint die Frage der Schulärzte in Fluß zu kommen. Januschke tritt vor allem dafür ein, daß bei Besetzung von Schularztstellen pädiatrisch ausgebildete Ärzte bevorzugt werden. In der Diskussion wird dieser Standpunkt von den Vertretern der Ärztekammer heftig angegriffen, die spezialistisch pädiatrische Vorbildung für unnötig halten.

Sitzung vom 23. Jänner 1913.

Knoepfelmacher W. *„Ein Fall von initialer infantiler Tabes."*

9 Jahre altes Mädchen mit luetischer Anamnese. Hutchinsonsche Zähne, herabgesetzter Reaktion der weiten Pupillen auf Licht und fehlenden Patellarreflexen, Wassermann im Blute und in der Zerebrospinalflüssigkeit positiv. Zahl der Zellen nicht vermehrt, aber es besteht relative Lymphozytose. Nonne, Phase I positiv.

Hochsinger K. *„Ein Fall von infantilem Basedowoid."*

10 Jahre alter Knabe. Seit $2^1/_2$ Jahren Krampfanfälle mit Bewußtseinsverlust und nachfolgender Schlafsucht. Bei der Untersuchung ergibt sich folgender Befund: Leichter Exophthalmus, linke Lidspalte weiter als die rechte. Pupillen weit, Reaktion prompt, Lidschlag verlangsamt (Stellwag), das obere Augenlid folgt nicht ganz den Bewegungen des Augapfels nach unten (Graefe). Tremor der Hände. Herzklopfen bei geringen körperlichen und seelischen Erregungen mit Schweißausbrüchen. Auffallend gleichmäßige Schwellung der Schilddrüse ohne Knoteneinlagerung und ohne Gefäßgeräusche. Daneben bestehen Symptome von Nervosität (positives Fazialisphänomen, epileptiforme Anfälle). Hochsinger weist auf den von Stern beschriebenen Symptomenkomplex des Basedowoid hin, der durch Kombination von nervöser Konstitution mit Schilddrüsenhyperplasie entsteht, und reiht seinen Fall in diese Gruppe ein. Es dürften überhaupt die meisten Fälle der Literatur von Basedow im Kindesalter Fälle von Basedowoid sein. Als Zeichen der Nichtidentität mit echtem Basedow betont Hochsinger, daß die Verabreichung von Schilddrüsensubstanz bei vorgestellten Patienten von äußerst günstigem Einfluß war, was bei echtem Basedow nicht der Fall wäre.

Zarfl M. *„Angeborene Syphilis und angeborene Tuberkulose bei einem 24 Tage alten Mädchen."*

Geburtsgewicht 2700 g, Länge 46 cm. Geburt normal. Mutter schwer tuberkulös. Wassermann bei Kind und Mutter positiv. Weder beim Kinde noch bei der Mutter sind frische, luetische Zeichen nachweisbar. Bei der Mutter findet sich eine kronenstückgroße Narbe an der Innenseite des rechten Labium maius. Beim Kinde ist die intrakutane Tuberkulinreaktion am 18. Tage positiv. Gleichzeitig damit Auftreibung des Bauches und Venenerweiterung in der Bauchhaut. 2 Tage später luetisches Exanthem mit papulösem Charakter. Über 2 analoge Fälle hat Hochsinger berichtet.

Zarfl M. *„Obduktionsbefund bei einem Falle von angeborener Tuberkulose."*

Das Kind wurde in der Sitzung vom 27. Juni demonstriert. Tod am 51. Tage. Fast alle Lymphdrüsen des Körpers wiesen käsige Tuberkulose auf. Am stärksten aber verändert waren die Lymphdrüsen des Bauches, vor allem an der Porta hepatis. Hier fand sich ein 5 cm im Durchmesser messendes Paket und im Innern Verflüssigung der käsigen Massen. Die zu den Lungen regionären Lymphdrüsen waren relativ leicht erkrankt. Von den Organen war am schwersten die Milz betroffen.

Rach Egon. *„Angeborener inspiratorischer Stridor thymicus bei einem 5 Monate alten Säugling."*

Das Kind zeigte häufig eine bläuliche Gesichtsfarbe, hat häufig Erstickungsanfälle, besonders nachts und im Bade. Im Röntgenbilde zeigt sich starke Verbreiterung des oberen Teiles des Mittelschattens,

der mit Wahrscheinlichkeit einer hyperplastischen Thymus entspricht. Die Röntgenbilder eines zweiten Falles (5 Wochen alter Säugling) mit ähnlichem Befunde werden ebenfalls demonstriert.

Mautner Hans. *„Ein Fall von multiplen Exostosen bei einem 5 Jahre alten Knaben."*

Sie finden sich besonders an den Röhrenknochen, aber auch an der Skapula. Ätiologie unbekannt.

Schlemmer. *„Ein Fall von akuter Nebenhöhlenerkrankung der Nase."*

Ende Dezember 1912 Kopfschmerzen, Unwohlsein. Am 3. Jänner Schüttelfrost, hohes Fieber, Tränen im rechten Auge, häufig Kopfschmerz. Äußerlich war nichts zu sehen. Am 8. Jänner 1913 Schwellung des rechten Oberlides, dann rasche Zunahme, so daß das Auge nicht mehr geöffnet werden konnte. Die Konjunktiva nur mäßig injiziert, starke Chemosis. Nasenwurzel und Gegend des medialen Augenwinkels stark druckempfindlich. Keine zerebralen Symptome. Bei der Nasenuntersuchung sieht man rechts Schwellung der unteren und mittleren Muschel und aus dem Hiatus semilunaris einen dicken Eiterstreifen ausfließen, der sich nach dem Abtupfen in kurzer Zeit wieder erneuert. Diagnose: Stirnhöhlenempyem. Radikaloperation, Heilung.

Wenn bei einem Kinde, sei es plötzlich, sei es im Anschlusse an eine akute Infektionskrankheit (Scharlach, Diphtherie), Lidschwellung, Schmerzen und Brennen im Auge, Fieber, schweres Krankheitsgefühl sowie Kopfschmerzen auftreten, sollte vor allem anderen an eine Erkrankung der Nebenhöhlen der Nase gedacht und das Kind der endonasalen Untersuchung zugeführt werden. Manchmal gelingt es durch Adrenalineinlagen oder Adrenalinspray die geschwellten Muskeln so weit zum Abschwellen zu bringen, daß durch die nun bessere Drainage Spontanheilung erfolgen kann. Antiphlogistische Maßnahmen können die Behandlung unterstützen.

---

19. Versammlung der Vereinigung südwestdeutscher Kinderärzte in Frankfurt a. M. (Kinderklinik des städt. Krankenhauses) am 15. Dezember 1912.

Vorsitzender: **Cahen-Brach** (Frankfurt a. M.).

Beck (Frankfurt a. M.) zeigt ein $1^1/_2$jähriges jüdisches Mädchen mit *familiärer amaurotischer Idiotie.* Eltern und eine Schwester von 3 Jahren vollkommen gesund; keine Nervenleiden bei den Vorfahren; deutsche Juden in guten Verhältnissen. Das Leiden begann im 7. Monate im Anschlusse an eine mit Krämpfen einhergehende Lungenentzündung. Nach Überstehen dieser Krankheit war das Kind nicht mehr so munter wie früher und entwickelte sich nicht recht weiter. Den Eltern fiel bald eine Abnahme des Sehvermögens und ein fortschreitender körperlicher und geistiger Verfall auf. Das Kind zeigt jetzt das Bild doppelseitiger spastischer Lähmung, wobei die linke Seite stärker befallen ist, und Idiotie. Reflexe gesteigert. Der Kopf ist ohne starken Halt, Unterkiefer und Zunge sind zurückgesunken, wodurch ein eigentümlicher inspiratorischer Stridor bedingt wird. Es besteht abnorme Schreckreaktion auf Schallreize. Eine gewisse Lichtempfindung ist

noch vorhanden; die Pupillen sind gleichweit, reagieren träge; die Besichtigung des Augenhintergrundes ergibt den für das Leiden pathognostischen Befund: die Gegend des Macula lutea zeigt eine umschriebene grauweiße Verfärbung, größer als die Pupille; in der Mitte findet sich an der Fovea centralis ein roter Fleck; der Sehnerv ist atrophiert. Eine Ventrikelpunktion bei dem großen Schädel (Rachitis!) ergab normalen Befund. Wassermann negativ. Die Nahrungsaufnahme ist in letzter Zeit schwieriger geworden, Kind verschluckt sich leicht; zunehmende Abmagerung. Es besteht eine vollständige Atonie des Darmes, der Kot muß manuell entfernt werden.

„Über die Zähne des Kindes bis zum Ende der II. Dentition."

a) Zahnarzt **Schaeffer-Stuckert** (Frankfurt a. M.).

Redner verbreitet sich einleitend über die jetzt allgemein angenommenen Anschauungen über die Entwicklung der Zähne und stellt in zwei Tabellen insbesondere die Resultate der Arbeiten Waldeyers, Köllikers, Hertwigs u. a., die von Zuckerkandl im Scheffschen Handbuch der Zahnheilkunde veröffentlicht sind, und die Resultate der Arbeiten Röses zum Vergleiche nebeneinander. Das Prinzip, das Röse auch für die Entwicklung des Tierzahns aufgestellt hat, daß die Zahnanlage seitlich an einer kontinuierlichen „Zahnleiste" (Primitive Falte, Epithelleiste, Schmelzleiste, Schmelzkeim der früheren Forscher) angelagert werden, verdient allgemeine Anerkennung und erklärt zwanglos die Frage der verschiedenen Dentitionen, selbst die vielbestrittene Dentitio tertia beim Menschen. Besonderen Wert legt Redner auf die Zeitpunkte der Verkalkung der Zahnkronen, der eigentlichen Anlage der Hartsubstanzen und weist an der Hand einer weiteren Tabelle darauf hin, daß die Zeit des Embryonalstadiums für die Beschaffenheit der Milchzähne und die allerersten Lebensjahre für die Widerstandsfähigkeit der bleibenden Zähne fürs ganze Leben ausschlaggebend sind.

Aus den Tabellen seien folgende Daten erwähnt. Embryo: Alter 20 Wochen: erste Spur von Zahnscherbchen bei den Schneidezähnen; 29 Wochen: Zahnscherbchen auf allen Höckern der Molaren; 33 Wochen: Zahnscherbchen sind zur gemeinsamen Krone verschmolzen; Neugeborenes: Zahnscherbchen, Anlage des ersten bleibenden Molaren; 1. bis 3. Lebensjahr: Kronenbildung der bleibenden Zähne.

Alle Erscheinungen mangelhafter Schmelzbildung, die unter dem Gesamtbegriffe Hypoplasien, als rachitische, Hutchinsonsche syphilitische Zähne u. a. bezeichnet werden, sind ursächlich auf Störungen der Zahnanlagen während der ersten 3 bis 4 Lebensjahre zurückzuführen. Es folgt die Besprechung der Durchbruchzeiten der Milchzähne und die Erwähnung der vielumstrittenen Frage des Einflusses der ersten Dentition auf den kindlichen Organismus. Nach Zitierung von Richard Flachs (Dresden), der sich bei der Tagung der Thüringschen Kinderärzte „mit allem Nachdrucke gegen die wendete, welche die bei der Zahnung auftretenden Erscheinungen als rein zufällig und ohne allen Zusammenhang gedeutet wissen wollen", weist Redner auf die dem Zahnarzte namentlich im klinischen Betriebe oft vorkommenden schweren Erscheinungen bei Durchbruch der drei Molaren hin und erklärt, daß in zahnärztlichen Kreisen man zum großen Teil „noch nicht auf dem Standpunkte stehe", den Zusammenhang zwischen erster Dentition und pathologischen Begleiterscheinungen abzulehnen. — Zu seinem eigentlichen Gebiet kommend, verbreitet sich Redner ausführlicher über die frühzeitige Erkrankung der Milchzähne, über die Notwendigkeit, die Milchmolaren bei Karies im 3., 4. und 5. Lebensjahre durch Füllungen zu konservieren und über die Nachteile der zu frühzeitigen Extraktion der Milchzähne. Allerdings gehören zu erfolgreicherem Arbeiten auf diesem Gebiete eine frühzeitige Besichtigung und Behandlung der Milchzähne. Das Füllen der Zähne bei intakter Pulpa und bei entzündeter oder

zerstörter Pulpa wurden vom Redner hieran anschließend erläutert. Eine ausführlichere Besprechung widmet Redner der Stellung des ersten bleibenden Molaren, für dessen Erhaltung die Zahnärzte, ganz besonders aber auch die Orthodonten heute in der Mehrzahl eintreten, zum Unterschiede der früher vielgeübten prophylaktischen Extraktion der ersten Molaren. Besonderen Hinweis macht Verf. auf die häufig vorkommende Bildung von mißfarbigem sekundärem Dentin bei den ersten Molaren, das häufig von den Ärzten für weit vorgeschrittene Karies und Indikation zur Extraktion angesehen wurde, das aber kein Hindernis zur Erhaltung des Zahnes bilde. Trotz Betonung der konservierenden Tendenz in der Behandlung der Kinderzähne, die gegen früher bedeutende Fortschritte aufzuweisen habe, weist Redner auf die immer noch häufige Notwendigkeit der Extraktion hin, die namentlich in dem verspäteten Beginn der zahnärztlichen Behandlung der Kinder begründet sei.

Nach einem kurzen Hinweis auf den Wert und die Fortschritte der Orthodontie für die Gesundheit des Kindes schließt Verf. mit einer wiederholten Hervorhebung der wichtigen Frage der Prophylaxe in der Bildungs- und Entwicklungszeit der Zähne, eine Zeit, in der der Patient in Aufsicht und Behandlung des Kinderarztes und nur selten in Berührung mit dem Zahnarzte sei. Der Vortrag wird durch eine Reihe von Präparaten, Moulagen und die Vorführung einer Anzahl Kinder aus der Schulzahnklinik am zahnärztlichen Institut Carolinum ergänzt.

b) Zahnarzt **Wolpe** (Frankfurt a. M. — Offenbach a. M.). Bis vor kurzem herrschte die Anschauung, Kieferanomalien erst mit vollendetem Zahnwechsel, also gegen das 14. Lebensjahr, vorzunehmen, wobei man die Beziehungen, die zwischen Kiefer und Nase bestehen, außer acht ließ. Jetzt wissen wir, daß eine sehr große Abhängigkeit beider besteht. Ein verengter, anormaler Kiefer hat stets eine verengte Nase zur Folge. Diese bedingt erschwerte Atmung, so daß die damit behafteten Kinder gezwungen sind, durch den Mund zu atmen. Früher glaubte man, daß Kieferanomalien im Milchgebisse selten vorkämen. Es hat sich aber gezeigt, daß dem nicht so ist und daß diese im Milchgebiß ebenso häufig sind wie im bleibenden. Aus diesem Grunde bin ich dazu übergegangen, sehr frühzeitig schon im 4. Lebensjahre, orthodontische Behandlung durchzuführen. In diesem Alter läßt sich diese ohne Belästigung der Kinder vornehmen. Wenn die angewandten Apparate gut passen, so haben sich die Kinder nach meinen Erfahrungen in 2, höchstens 3 Tagen daran gewöhnt und empfinden während der weiteren Behandlung, auch wenn diese mehrere Monate dauert, keine Belästigung. Noch eine weitere Tatsache veranlaßt mich, frühzeitig vorzugehen. Nach dem Erscheinen der ersten bleibenden Molaren wachsen die Kiefer nicht mehr in die Breite. Sie vergrößern sich nur noch in die Länge durch Erscheinen der zweiten und dritten Molaren. Man ist also imstande, im 5. oder 6. Lebensjahre, der Durchbruchszeit der ersten Molaren, festzustellen, ob die Kiefer die normale Breite besitzen. Durch Tausende von Messungen an Lebenden und Schädeln hat Schröder (Cassel) die normale Kieferbreite auf 40 mm festgestellt. Ferner wissen wir, daß im 4. oder 5. Lebensjahre sich Zwischenräume zwischen den Schneidezähnen im Milchgebisse bilden, um den bald erscheinenden breiteren bleibenden Schneidezähnen genügenden Raum für ihren Durchbruch zu verschaffen. Wo bei sonst normalem Milchgebisse diese Zwischenräume fehlen, werden wir mit Sicherheit schließen können, daß die Kiefer zu schmal sind. Die Folge davon ist: ungenügende Atmung durch die Nase, meistens durch den Mund, ganz besonders im Schlafe. Dabei sind auch öfter geschwollene Mandeln zu beobachten. Hier wird der Arzt respektive der Nasenarzt aufgesucht. Dauererfolg ist jedoch nur zu erreichen, wenn nach erfolgter Nasenbehandlung die Kiefer durch den Zahnarzt auf normale

Größe gebracht worden sind. Durch eine Anzahl Lichtbilder, welche das Aussehen und die Kiefer der kleinen Patienten zeigen, ersieht man den Erfolg der orthodontischen Behandlung. Die Kinder, die vorher ein stupides, kränkliches Aussehen haben, erscheinen wesentlich verschönert und gesünder.

Diskussion: Czerny (Straßburg) betont u. a. den überwiegenden Einfluß, den die Anlage, dagegen kaum die Art der Ernährung auf die Entwicklung der Zähne ausübe.

Sonnenberger (Worms) weist auf die segensreichen Folgen von Orthodontie für Kinder mit anormaler Kieferstellung hin und hält diesen Nutzen (entgegen der Meinung von Prof. Czerny) für die Gesundheit der betreffenden Kinder für sehr groß.

Schloßmann (Düsseldorf) weist darauf hin, daß die Anschauungen von Roese widerspruchslos in die Literatur übergegangen sind; diese Anschauungen bedürfen aber in weitgehendem Maße der Korrektur.

v. Mettenheimer (Frankfurt a. M.).

Gelhaar (Frankfurt a. M.) fragt an: 1. Worin bestehen die Schädigungen der Zähne durch Eisentherapie; 2. sind Schädigungen der Zähne des Kindes durch Gebrauch der Zahnbürste erwiesen?

Wolpe: Die klinischen Erfahrungen sprechen dafür, daß es möglich ist, ausschließlich durch Kieferdehnen die bestehende Mundatmung in Nasenatmung zu verwandeln. So berichten die Eltern, daß die Kinder, die vorher nachts unruhig schliefen, jetzt nach der Dehnung ruhig schlafen. Auch erklären die Kinder, daß sie früher beim Laufen sehr bald den Mund öffnen mußten, während sie jetzt nach der Kieferdehnung viel längere Zeit laufen könnten, ohne den Mund aufmachen zu müssen.

Schaeffer-Stuckert: Diese Tatsachen stehen fest, Sache der Nasenärzte wäre es, durch Zusammenarbeiten mit den Orthodonten festzustellen, welche Veränderungen in der Nase beim Dehnen der Kiefer eintreten. In Beantwortung der Fragen möchte ich noch erwähnen, daß die Schädigung der Zähne durch Eisenwässer von Morgenstern experimentell nachgewiesen worden ist. Die sogenannten „keilförmigen Defekte" am Zahnfleischrande können durch harte Bürsten und zu stark wirkende Zahnpulver entstehen. Hierfür sprechen die klassischen Versuche Millers. Die Ablehnung jedes Einflusses der Ernährung beziehungsweise des Gesundheitszustandes während der Zeit der Bildung der harten Zahnsubstanzen kann ich nicht teilen. Ob durch Beeinflussung und Ernährung eine Besserung der Zahnanlagen zu erreichen sei, war ja gerade meine Frage, nicht meine Behauptung. Prof. Czerny verneint die Frage. Ich halte aber den Hinweis auf die wichtige Zeit der Zahnentwicklung und ihre verhältnismäßig kurze Zeit im Leben doch für sehr wichtig.

Schloßmann: *„Methode zur Unterscheidung von Kuhmilch und Frauenmilch mit Hilfe von Nilblau."*

Diskussion: Moro, Deutsch (Frankfurt a. M.).

Moro (Heidelberg): *„Über rektale Hyperthermie im Kindesalter."*

Habituell erhöhte Rektaltemperaturen geben vielfach Veranlassung zu ernstlicher Besorgnis, die Vergleichsmessungen in der Achselhöhle häufig als völlig unbegründet erscheinen lassen. (Differenzen bis 2 Grad. — Anisothermie.) Das „Fieber" tritt nur nach körperlicher Anstrengung auf, in der Ruhe gleicht sich die Temperatur wieder aus. Diese Anstrengungen können allerdings sehr geringfügiger Natur sein. Das sogenannte Aufnahmefieber ist auf solche Weise leicht zu erklären.

Die rektale Temperaturerhöhung nach Gehen, Laufen, Treppensteigen ist in der weit größeren Muskelarbeit, die die untere Körperhälfte bei diesen Verrichtungen zu leisten hat, begründet und wird durch die vor Abkühlung geschützte Lage des Rektums begünstigt. Die hyperthermen Kinder sind fast durchwegs muskelschwache Individuen, die mit der Wärmeproduktion im arbeitenden Muskel nicht so gut haushalten können wie muskelstarke. Auch bestehen innigere Beziehungen zwischen rektaler Hyperthermie und orthotischer Albuminurie.

Diskussion: Hübner (Frankfurt a. M.): Bei tiefem Einführen des Thermometers in den Mastdarm findet man eine Erhöhung der Temperatur um 0·3 bis 0·5° C. Am höchsten findet sich diese Differenz bei ganz kleinen Kindern. Da in der Leber eine wesentlich höhere Temperatur herrscht wie in den anderen Organen, so ist es nicht ausgeschlossen, daß die Umgebung der Leber, unter dem Einflusse der hohen Lebertemperaturen stehend, das Thermometer höher steigen läßt als bei dem gewöhnlichen Einführen in den unteren Teil des Darmes.

Rosenhaupt (Frankfurt a. M.) fragt an, ob die vom Vortragenden beobachteten Kinder mit rektaler Hyperthermie neuropathische Konstitution zeigten. Die „nicht nachweisbare Muskelschwäche" bei den von Moro beobachteten Kindern kann doch wohl die Folge neuropathischer Konstitution sein, da ja gerade bei derartigen Kindern die Muskulatur wenig geübt wird. Man müßte also die Neuropathie als das Primäre und die Muskelschwäche entweder als einen gleichzeitigen oder sekundären Defekt auffassen.

Lugenbühl (Wiesbaden) weist auf die Bedeutung der Neuropathie für das „Pseudofieber" hin; allerdings ist zuzugeben, daß die Neuropathen eben auch meist muskelschwache Individuen sind, und es erscheint deshalb die von Moro gegebene Erklärung für die rektale Hyperthermie plausibler und greifbarer. Das Überwiegen der Bewegungen der Unterextremität zeigt sich ja auch bei allen muskelschwachen Kindern in einer weit besseren Ausbildung der dortigen Muskulatur gegenüber der der oberen Körperhälfte. — Einer richtigen Beurteilung des „Pseudofiebers" und überhaupt der chronischen Temperatursteigerungen im Kindesalter steht entgegen die Schwierigkeit, überhaupt eine Normaltemperatur für die verschiedenen Altersstufen anzugeben; die Lehrbücher haben da die verschiedensten Angaben, und eine größere Einigkeit wäre sehr wünschenswert, namentlich um der übertriebenen Bewertung geringer Temperatursteigerungen bei den Tuberkuloseärzten entgegenzutreten. Zur Therapie wird das Luftbad empfohlen, das Muskelstärkung mit der Erziehung der Hautblutgefäße verbindet.

Deutsch (Frankfurt a. M.) hat einen Fall gesehen, wo die lange bestehenden Temperaturerhöhungen auf einen verschmutzten orthodontischen Apparat zurückzuführen waren und mit dessen Entfernung aufhörten.

Georg Koch (Wiesbaden) weist auf die psychische Komponente bei der Temperaturerhöhung hin und konnte früher bei seiner Tätigkeit am Krankenhause häufig an Erwachsenen an den Besuchstagen eine Temperaturerhöhung feststellen, für die ein anderweitiger Grund nicht ausfindig zu machen war. Dieses Fieber, das axillar gemessen wurde, wurde damals am Krankenhause allgemein als „Besuchsfieber" bezeichnet.

Beck: Monatelange Untersuchungsreihen bei Kindern mit afebrilen Erkrankungen in der Heubnerschen Klinik in Berlin ergaben seinerzeit nicht selten abendliche Normaltemperaturen von 37·5 bis 38·2° C.

Gernsheim (Worms): Anfrage, ob die Messungen im Anschlusse an die Mahlzeiten vorgenommen wurden. — Hinweis auf die

Temperaturunterschiede zwischen Achselhöhle und Rektum bei Perityphlitis.

Moro: Ich würdige durchaus die eminente pathologische Bedeutung der Neuropathie im Kindesalter. Da aber alle Kinder meiner Klientel Neuropathen im Sinne der „modernen Pädiatrie" sind, so läßt sich mit diesem Begriffe, mit dem zurzeit übrigens ein ungeheurer Unfug getrieben wird, zur Klärung einer Pathogenese wohl nichts Rechtes anfangen.

Kleinschmidt (Marburg): *„Über Zuckerfieber."*

Mitteilung über gemeinsam mit Helferich ausgeführte Tierversuche.

1. Nach intravenöser Injektion von 20 cm³ isotonischer Traubenzuckerlösung bei Kaninchen zeigt die Temperatur keine Steigerung; in den meisten Fällen tritt vielmehr eine leichte Temperatursenkung ein. Voraussetzung ist, daß das zur Lösung des Traubenzuckers verwandte Wasser frisch destilliert und unmittelbar vor der Verwendung sterilisiert wird.

2. Wird zur Injektion eine Lösung aus nicht frisch destilliertem Wasser benutzt, so kann Zuckerfieber vorgetäuscht werden. Offenbar handelt es sich um eine Temperatursteigerung, die den im Wasser enthaltenen Bakterienleibern ihre Entstehung verdankt.

3. Die intravenöse Injektion von 20 cm³ isotonischer Milchzuckerlösung ruft bei Kaninchen in den meisten Fällen leichte Temperatursteigerungen hervor, auch wenn frisch destilliertes Wasser zur Lösung des Zuckers benutzt wird. Daß dies auf Bakteriengehalt des Milchzuckers selbst beruht, ist möglich, aber nicht wahrscheinlich.

4. Warum nach Injektion von Ringerlösung auch bei Benutzung nicht einwandfreien Wassers die Temperatursteigerung vielfach ausbleibt, hat sich nicht mit Sicherheit feststellen lassen.

Die Untersuchungen werden fortgesetzt.

Diskussion: Benario (Frankfurt a. M.): Die Untersuchungen Kleinschmidts sind sehr wertvoll und bestätigen die Erfahrungen, die von anderer Seite auch in bezug auf die Kochsalz- und Zuckerfieber gemacht worden sind und welche die Bedeutung des destillierten Wassers, d. h. des von Bakterien oder Bakterienleichen freien Wassers für die Entstehung des Fiebers klar gemacht haben. Benario erwähnt noch die Versuche von Hort und Penzold, welche vielleicht das von Kleinschmidt beobachtete Laktosefieber erklären. Diese Autoren haben bei käuflicher Laktoselösung Temperatursteigerung gesehen; bei Laktose, die frisch hergestellt worden ist, trat kein Fieber ein; vielleicht enthält die käufliche Laktose doch Bakterien oder pyrogene Stoffe. — Demonstration der Kurven!

Moro fragt, ob sich denn gar kein Unterschied feststellen ließ, wenn die Injektionen an gesunden oder an ernährungsgestörten Säuglingen vorgenommen wurden.

Schloßmann: Der Milchzucker ist häufig sehr stark bakterienhaltig im Gegensatze zur Dextrose, die leicht bakterienfrei zu machen ist.

Deutsch: Für die Bedeutung des Wasserfehlers sprechen auch eigene Erfahrungen bei der Langeschen Neuralgiebehandlung mit endoneuraler Kochsalzinjektion. Das früher regelmäßig dabei beobachtete „Injektionsfieber" blieb aus, wenn frisch destilliertes Wasser benutzt wurde.

Kleinschmidt.

Czerny: *„Über zyklische Albuminurie."*

Von vielen Autoren wird heute noch der Standpunkt vertreten, daß als zyklische Albuminurie nur jene Nierenanomalien anzuer-

kennen seien, bei welchen Albumen, aber keine Formelemente ausgeschieden werden. Czerny wendet sich gegen diese Ansicht und schließt sich der Erfahrung Kellers an, daß sich bei jeder zyklischen Albuminurie bei konsequentem Suchen hie und da Zylinder und sogar rote Blutkörperchen nachweisen lassen. Verlauf und Prognose der zyklischen Albuminurie gestalten sich deshalb nicht ungünstig. Es ist heute nicht mehr notwendig, den Befund von Zylindern und roten Blutkörperchen so hoch zu bewerten, wie dies früher geschah, als man jeden solchen Befund auf eine Nephritis bezog, denn es ist zur Genüge bekannt, daß bei mannigfaltigen Störungen der Nierenfunktion, für welche die Bezeichnung Nephrose sehr zutreffend ist, Ausscheidung von Formelementen beobachtet wird.

Diskussion: Moro.

Neuhaus (Frankfurt a. M.). (Städtisches Krankenhaus, Kinderklinik):

1. *„Kuhmilchidiosynkrasie."*

Vortragender berichtet über einen in der v. Mettenheimerschen Klinik beobachteten Fall von Kuhmilchidiosynkrasie bei einem einmonatigen Säugling, der auf die erste größere Kuhmilchmenge mit schwersten Vergiftungserscheinungen, Gewichtsabfall usw. reagiert und nach seiner Erholung auf 3 g chemisch reines Kuhmilchkasein wiederum einen typischen idiosynkratischen Anfall bekam. Von großem Interesse ist in diesem Falle die Eosinophilie im Stuhle, der nach dem Schock entleert wurde. Erörterungen über die Beziehungen der Kuhmilchidiosynkrasie zur Anaphylaxie. Demonstration zahlreicher Leukozytenkurven.

Diskussion: Kleinschmidt.

Die vorliegende Beobachtung bringt insofern großen Fortschritt für die Anaphylaxietheorie der Kuhmilchidiosynkrasie, als hier zum ersten Male Eosinophilie festgestellt wurde. Statt der angenommenen Milchfälschung wäre die Vererbung der Erkrankung diskutierbar, da derartiges beschrieben ist. Daß die Unempfindlichkeit erst durch die Molke herbeigeführt wurde, scheint mir nicht wahrscheinlich, es genügt der überstandene Kaseinschock bereits vollständig dazu. Statt der Impfung mit Pollentoxin ist die Intrakutanreaktion mit reinem Milcheiweiß zu empfehlen. Den Befund von Rindereiweiß im Blute des idiosynkrasischen Säuglings konnte ich selbst in einem Falle durch Anaphylaxiereaktion erbringen. (Nicht publiziert.)

Moro: Es gibt zwei Formen von Kuhmilchidiosynkrasie: eine erworbene und eine angeborene (konstitutionelle im engeren Sinne). Der vorgeführte Fall, bei dem die Reaktion auf die erstmalige Verabreichung von Kuhmilch erfolgte, eine Sensibilisierung somit ausgeschlossen war, gehört der letzteren Form an und ist so der Eidiosynkrasie eng verwandt. Vielleicht handelt es sich in solchen Fällen um eine rein lokale, um eine zellulare Überempfindlichkeit der Darmschleimhaut. Eine subkutane Injektion von toxisch gemachtem Rinderserum wäre möglicherweise reaktionslos verlaufen. Nach der in der Immunitätslehre festgelegten Definition gehören solche Fälle strenggenommen in das Gebiet der Anaphylaxie, mit welchem Begriffe in der klinischen Literatur bereits seit längerer Zeit Mißbrauch getrieben wird. Es ist eben nicht alles „Anaphylaxie", das so aussieht, und die Eosinophilie ist, wie das nervöse Asthma zeigt, auch kein unbedingt verläßliches Kriterium dafür.

Neuhaus.

Rosenhaupt: *„Zur Behandlung des nervösen Erbrechens im frühen Kindesalter."*

Nach kurzer Charakterisierung des nervösen Erbrechens im frühen Kindesalter empfiehlt Vortragender die lokale Anästhesierung der

Magenschleimhaut. Gegen das Kokain bestehen wegen seiner relativen Giftigkeit dabei erhebliche Bedenken. Wir besitzen nun im Anästhesin ein wirksames und dabei ungiftiges Mittel, das auf Grund vielfacher Erfahrung zu empfehlen ist. (Erscheint in extenso an anderer Stelle.)

Sonnenberger: *„Zur Frage der Tuberkuloseempfänglichkeit im frühen Kindesalter."*

Sonnenberger berichtet über mehrere in seiner Praxis beobachtete Fälle von Tuberkulose im frühen Kindesalter, bei denen es möglich war, die Inkubationszeit zu bestimmen. Der Infektionsvermittler war jedesmal ein an hochgradiger Phthise leidendes Individuum, wo es sich um massenhafte und jedenfalls hochgradig virulente Bazillen im Sputum handelte. In dem einen Falle war es eine hochgradig tuberkulose Verwandte, die ein vorher kerngesundes ¾jähriges Kind zirka 3 Wochen lang öfter küßte und hätschelte: in weiteren zehn Tagen stellten sich bei dem Kinde die Vorboten einer akuten Miliartuberkulose ein, der es in 14 Tagen erlag. Ähnlich in einem zweiten Fall, in dem ein phthisisches Kindermädchen ein gesundes ½jähriges Kind pflegte, das mit einer Inkubationszeit von zirka 14 Tagen einer tuberkulösen Meningitis erlag. — Im Säuglingsalter scheint also unter geeigneten Verhältnissen die Inkubationszeit der Tuberkulose nur eine sehr kurze, nach Tagen zu berechnende zu sein, ein Umstand, der die ungemeine Bösartigkeit der Krankheit für das frühe Kindesalter in ein noch grelleres Licht zu stellen geeignet ist, als wir dies bisher schon von diesem Lebensabschnitte wußten. — Vortragender geht noch kurz auf die neueren Anschauungen der Tuberkulose als primäre Bazillämie ein. Im Kampfe gegen die Tuberkulose als Volkskrankheit muß die hohe Bedeutung derselben für das frühe Kindesalter immer mehr und lauter betont werden; insbesondere haben auch die Säuglingsfürsorgestellen eine Pflicht, mehr als dies bisher geschehen ist, neben der Belehrung der Mütter über die Ernährungsverhältnisse der Kinder auch die Gefahr der Tuberkuloseübertragung (in erster Linie selbstverständlich auch den Verkehr mit tuberkulösen Menschen) aufs eindringlichste den Müttern einzuschärfen.

Beck: *„Die Behandlung der kindlichen Tuberkulose mit dem Rosenbachschen Tuberkulin."*

Beck hat im letzten Jahre bei 32 Kindern, die an allen möglichen Formen der Tuberkulose litten, das Rosenbachsche Tuberkulin angewendet. Von diesen lagen 23 im von Neufvilleschen Kinderhospital, während 8 in dessen Poliklinik ambulant gespritzt wurden; ein Fall gehört der Privatpraxis an. Das jüngste Kind war ½ Jahr, das älteste 14½ Jahre alt. Abgesehen von dem Befallensein der Bronchialdrüsen, das beinahe in allen Fällen röntgenologisch nachzuweisen war, litten 10 Kinder an Lungentuberkulose, 1 an exsudativer Pleuritis, 3 an Bauchfelltuberkulose, 1 an Darmtuberkulose, 10 an Drüsentuberkulose, 6 an Knochenkaries, 4 an chronischer Mittelohreiterung, 2 an Weichteiltuberkulose, 5 an Hauttuberkulose, 7 von diesen Patienten zeigten eine multiple Erkrankung, indem Haut, Drüsen, Knochen und innere Organe befallen waren. 10 Kinder befinden sich noch in Behandlung. Die Erfolge waren in allen Fällen überraschend gute (Krankendemonstrationen). Beck rät dringend, bei der kindlichen Tuberkulose die Heliotherapie, die auch in unseren Klima auf Veranden und Dachgärten viel mehr angewendet werden sollte, wie es bis jetzt geschieht, mit der Rosenbachschen Tuberkulinkur zu verbinden. (Die Arbeit erscheint in extenso im Jahrbuch für Kinderheilkunde.)

Cuno: *„Erfahrungen mit Tuberkulin Rosenbach."*

Redner hat von Mitte Juni bis Dezember 1912 16 Kinder im Alter von 2 bis 14 Jahren mit Injektionen von Tuberkulin Rosenbach behandelt. 9 Kinder hatten offene Tuberkulose, 7 geschlossene. Die Injektionen wurden teils direkt in den Krankheitsherd, teils subkutan gemacht. Die Reaktion bei lokaler Injektion war oft sehr stark, ging aber immer schnell zurück. Die Allgemeinreaktion war gering. Die Injektionen wurden zweimal wöchentlich gemacht mit 0·1 anfangend in 2—3 Wochen, je nach der Reaktion, zu 0·5 und 1·0 gestiegen. Bei sehr starker Pirquetreaktion empfiehlt es sich, nicht über 0·5 herausgehen. Von 9 Fällen mit offener Tuberkulose wurden 5 sehr günstig beeinflußt. Bei den 7 Kindern mit geschlossener Tuberkulose war in 6 Fällen die Wirkung der Injektionen eine überraschend gute.

Neuhaus (Städtisches Krankenhaus Frankfurt a. M., Kinderklinik): *„Bronchialdrüsentuberkulose."*

Nach einleitender Darlegung der normalen topographisch-anatomischen Verhältnisse wird an der Hand zahlreicher instruktiver Röntgenbilder gezeigt, daß sich nicht nur die sogenannten Bronchial-, sondern auch die Paratracheal- und Mediastinaldrüsen (sofern sie eine bestimmte Größe und Dichtigkeit besitzen) radiologisch darstellen oder mindestens sichtbar machen lassen (Durchleuchtung). Die demonstrierten Drüsenschatten entsprachen bei der Autopsie den spezifisch oder nicht spezifisch veränderten Lymphknoten (meist beginnende oder vollständige Verkäsung, in einem Fall einfache entzündliche Schwellung).

Die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose werden ausführlich besprochen und mit Bildern dargetan, die Anwendung der Radiologie an einem großen autoptisch zu kontrollierenden Material empfohlen.

Diskussion: Tripke (Koblenz) fragt, ob das Tuberkulin Rosenbach auch intravenös eingespritzt worden ist, ob trotz Lokalreaktion am zweiten Tage noch weiter eingespritzt worden ist.

Moro berichtet über einen Fall, bei dem die Inkubationsdauer der Tuberkulose ziemlich genau festgestellt werden konnte. Sie betrug 2 Wochen. Es handelte sich um einen völlig gesunden, kleinen Knaben, der mit dem Kopfe in den Spucknapf eines Phthisikers fiel, wobei das Gefäß zerschellte und dem Kinde an der Schläfe eine beträchtliche Schnittwunde beibrachte. Nach 14 Tagen entwickelte sich an dieser Impfstelle ein breites tuberkulöses Geschwür mit regionärer Drüsenaffektion und nachträglicher Vereiterung. Die Infektion dürfte eine massive gewesen sein.

Zur Beurteilung der „spezifischen" Wirkung des Rosenbachschen Tuberkulins, das bekanntlich keine Kutanreaktion gibt, sind unbedingt Kontrollversuche erforderlich.

Koeppe.

Schloßmann.

Sonnenberger (Schlußwort): Die Inkubationszeiten bei meinen Fällen waren ähnlich kurze, wie diese Prof. Moro für seinen in der Diskussion zitierten Fall angegeben hat, es handelte sich ebenfalls nur um 10 bis 14 Tage.

Beck: Das Rosenbachsche Tuberkulin ist kein einfach verdünntes Kochsches Alttuberkulin, denn in Fällen, in denen letzteres vertragen wird und keine Heilung schafft, wird ersteres vertragen und bewirkt Heilung.

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

(Bericht erstattet von **A. Uffenheimer.**)

Sitzung vom 17. Jänner 1913.

Hauptversammlung.

Uffenheimer erstattet den Jahresbericht. Es fanden 10 Sitzungen statt. Vorträge: 12, Demonstrationen: 18. Längere Aussprachen über die Angelegenheit des Gisela-Kinderspitals, über Heine-Medinsche Erkrankung usw. Mitgliederzahl 49 (48).

Adam erstattet den Kassenbericht. Decharge.

Vorstandswahl:

Gewählt zum I. Vorsitzenden: **Prof. Hecker.**
II. Vorsitzenden: **Prof. Ibrahim.**
Schriftführer: **Dr. Uffenheimer.**
Kassenwart: **Dr. Adam.**

Jahresbeitrag: Auf 5 M. normiert.

1. **Reinach:** *a*) *„Demonstration zur Ätiologie der Melaena neonatorum."*

Etwa kirschkerngroßes, 2 cm unterhalb des Pylorus an der Rückwand des Duodenums gelegenes, mit geröteten Rändern versehens Ulcus bei einem 6 Wochen alten Kinde, welches nach der Geburt die Zeichen der Melaena neon. bot. Die Blutungen waren auf Gelatineinjektionen vollständig sistiert und erst nach 6 Wochen wieder aufgetreten.

b) *„Hufeisenniere"* bei einem 10 Monate alten Kinde. Verwachsung am oberen Nierenpole.

2. **Hecker:** Bericht über den *„Pariser internationalen Kongreß für Kinderheilkunde."*

Sitzung vom 21. Februar 1913.

3. **Klar:** *„Demonstration einer Subluxation des Oberarms nach Heine-Medinscher Krankheit."*

7¼jähriges Mädchen, früher gesund, erkrankte im September 1912 mit Schwäche des linken Beines und mit Hinken, Lähmung des linken Armes und mangelhafter Funktion der Blase; einige Tage hindurch sollen Schluckbeschwerden vorhanden gewesen sein. Der damals behandelnde Arzt meinte, die Sache hinge mit der Niere zusammen und werde sich bald wieder geben. Es besteht deutliche Dislokation des linken Humeruskopfes nach vorn und oben, die Facies glenoidalis der Skapula ist leer. Der Arm kann fast gar nicht gehoben werden. Atrophisch sind musc. deltoides, supra- und infraspinatus, in mäßigem Grade auch die übrige Muskulatur des Armes. Der Gang ist jetzt intakt. Patellarreflexe lebhaft, kein Babinski, kein Fußklonus. Faradisch sind erregbar: Vorderarm, musc. serratus, trapezius und pectoralis major. Faradisch nicht erregbar: musc. biceps, triceps, infraspinatus und deltoides.

Das Kind wohnt in Schwabing und gehört somit zu der im letzten Herbst dort beobachteten kleinen Epidemie von Heine-Medinscher Krankheit. (Bis jetzt bekannt gegen 30 Fälle). Das Röntgenbild zeigt den Kopf vor dem Akromion, die Facies glenoidalis scapulae ist leer. Die Reposition gelang zwar, nach Abnahme des Verbandes schnappte

der Kopf aber sofort wieder in die Subluxationsstellung zurück. Das Kind wird jetzt massiert und elektrisiert, um abzuwarten, ob die Muskeln, besonders der Deltoides, sich nicht noch erholen. Später wird wohl blutige Reposition und im Anschluß daran Arthrodese des Schultergelenkes notwendig werden.

4. **Nadoleczny:** *„Über die Unfähigkeit lesen zu lernen (sogenannte kongenitale Wortblindheit) und ihre Beziehung zu Sprachstörungen."*

In meiner Bearbeitung der Sprach- und Stimmstörungen im Kindesalter (Pfaundler-Schloßmann, Handbuch der Kinderheilkunde, Bd. VI, S. 471) habe ich einen Aufsatz eines 14jährigen in der Schule „wegen eines Sprachfehlers" zurückgebliebenen Mädchens über ein Thema aus dem Lesebuch für die zweitunterste Schulklasse als charakteristisch für Poltern (Paraphrasia praeceps) hingestellt, welcher beginnt: „Als Igel merke, daß der Winter kam der Igel zum Maulwurf er in Hölle hinein lassen" usw. Am gleichen Ort und im gleichen Zusammenhang ist folgender Lesefehler eines 15jährigen Polterers und Stotterers erwähnt: „Mit einigem Freunde sah ihm das Gesicht nach" statt „mit inniger Freude sah ihm der Geistliche nach". Im Anschluß an genauere Nachuntersuchungen kann ich die Diagnose Schreib- beziehungsweise Lesepoltern nicht mehr aufrecht erhalten. Daß eine solche Annahme nahelag, beweist der Umstand, daß Fröschels in seinem Lehrbuch der Sprachheilkunde, S. 235, den Aufsatz in gleichem Zusammenhange wiedergibt.

Poltern ist eine Überstürzung der Rede, die sich durch Verschlucken, Verstellen und Verstümmeln von Lauten, Silben und Worten äußert, eine Pararthrie (Gutzmann), beruhend auf Verzerrung des zeitlichen Sprachakzentes. Liebmann sieht die Ursache in mangelnder motorischer oder akustischer Aufmerksamkeit, Fröschels schließt sich dem an. Er betont die Wichtigkeit des Wiederholens von Lauten und Silben mit Berkhan, dem ein Kranker die Störung folgendermaßen schilderte: „Eine wahre Gedankenjagd entsteht, wenn ich in Aufregung komme, und treibt in Hast die Worte hervor."

Nun habe ich mich nachträglich überzeugt, daß jenes Kind überhaupt schwer und agrammatisch sprach, in der Aufregung ganz verstummte, sich aber nicht eigentlich überhastete. Ferner traten die Fehler hauptsächlich beim Lesen und Schreiben auf. Erst seit ich durch die genauere Analyse eines ähnlichen Falles auf die Arbeiten über die sogenannte kongenitale Wortblindheit aufmerksam wurde, erkannte ich die Zugehörigkeit meiner Fälle zu dieser Kategorie, welche von einer großen Anzahl englischer (vor allem von Kerr, Hinshelwood, Thomas u. a.) und einer kleinen deutscher Autoren (Peters, Plate, Wernicke u. a.) als kongenitale Wortblindheit beschrieben wurde. Rieger bezeichnet die Störung als „partielle Idiotie im zusammenhängenden Lesen von Wörtern allein oder auch von Zahlen" und lehnt den Ausdruck „wortblind" mit guten Gründen überhaupt ab, während Frau Déjérine ihn für Aphasiefälle reservieren will, bei denen die Lesefähigkeit verloren ging. Nachdem aber gerade die Aphasielehre in nicht sehr glücklicher Weise in die Lehre von der sogenannten kongenitalen Wortblindheit hineingespielt hat, so wird es zweckmäßig sein, diese Bezeichnung mit Rieger fallen zu lassen und statt dessen zu setzen: „Unfähigkeit lesen zu lernen" (Nettleship).

Unter einem „kongenital wortblinden Kind" versteht man ein sonst intelligentes oder ziemlich intelligentes Kind, das zwar sprechen, zeichnen, rechnen kann, gut orientiert ist, auch oft sehr gut auswendig lernt, aber die Fähigkeit des Lesens oder Schreibens gar nicht oder nur sehr schwer und unvollkommen erlernt.

Die meisten Kinder lesen Buchstaben und Zahlen ziemlich geläufig, wenn sie auch lange gebraucht haben, um diese Kunst zu er-

lernen. Sie lesen bisweilen auch kurze Worte, machen aber bei größeren typische Lesefehler. Sie können — hierüber ist noch wenig bekannt — Noten nicht oder äußerst schwer lesen lernen. Sie schreiben tadellos ab, d. h. sie malen nach. Diktat- und Spontanschreiben ist ihnen aber unmöglich oder sehr erschwert: man findet die gleichen typischen Fehler wie beim Lesen. In der Literatur konnte ich einschließlich der meinigen bis jetzt 64 Fälle (47 männlichen, 17 weiblichen Geschlechtes) finden, die großenteils im Schulalter standen.

Selbst beobachtet habe ich 3 Fälle, deren Krankengeschichten hier auszugsweise folgen:

1. R. E. kam mit 12 Jahren in meinen Sprachheilkurs und besuchte damals noch die dritte Schulklasse. Sie hat 4 gut sprechende, auch sonst normale Geschwister; in der Familie ist von Sprach- oder Lesestörungen nichts bekannt. Patientin brachte 4 Jahre in der ersten Schulklasse zu; sie war als Kind viel krank und lernte erst mit 2½ Jahren sprechen. Ihre Intelligenz ist gering, sie ist sehr scheu, zum Alleinsein geneigt, weint leicht. Im Reden ist sie ungewandt und kann sich bei Streitigkeiten mit anderen Worten nicht wehren. Sie verwickelt sich in ihre Rede, stockt und verstummt. Sie schreibt ihren Namen in schöner sauberer Schrift, mit der linken Hand in Spiegelschrift und kann das nicht korrigieren, sie kann aber auf Wunsch rechts Spiegelschrift schreiben. Sie liest falsch vor, z. B. „Nicht leicht werden zwei ‚Volkschaft' so bestimmt und scharf ‚beschtennt' (getrennt) wie Spanier und Franzosen". Eine „nächtige Scheidewand", welche nur „außerst" schwer „übersteigen" werden kann usw.; ferner schrieb sie den eingangs erwähnten Aufsatz.

Eine genauere Analyse wurde erst 4 Jahre später vorgenommen. Es ergab sich folgendes:

I. Diktatschreiben:

1. Zahlen: Fehler erst bei fünfstelligen.

2. Buchstaben: gut, nur das große Y mißlingt.

3. Zweisilbige Worte: hie und da fehlt ein Buchstabe.

4. Mehrsilbige Worte: teilweise schlecht, z. B. Straßenstitze statt = spritze.

5. Sätze: bisweilen fehlt ein Wort, oder eines ist falsch geschrieben oder durch ein anderes ersetzt.

II. Abschreiben: im allgemeinen gut, bei Zahlen einmal 94 statt 64. Bei Worten selten Fehler, aber wieder Landstitze statt Landspitze.

III. Spontanschreiben: jetzt besser als früher (siehe Aufsatz), aber noch Fehler.

IV. Zeichnen gut.

V. Rechnen genügt.

VI. Lesen: Sie kann angeblich besser selbst schreiben als lesen.

1. Ziffern.

2. Zahlen.

3. Buchstaben gut.

4. Buchstabieren gut.

5. Worte, besonders mehrsilbige, oft falsch, auch wenn vorher richtig buchstabiert. Liest mühsam mit langen Pausen.

2. A. Z., jetzt 16 Jahre alt. Er stottert seit seinem 3. bis 4. Lebensjahr, hat erst mit 3 Jahren sprechen gelernt, und zwar langsam und

schwer. Sonst ist er normal entwickelt. Vater hat gestottert, ebenso ein Onkel. Eine Stiefschwester des Vaters sowie deren Kind und das Kind einer echten Schwester des Vaters leiden an kongenitaler Hüftgelenksluxation. Eine Schwester des Patienten lernte schwer lesen (siehe nächster Fall). Patient macht beim Spontanschreiben und Diktatschreiben analoge Fehler wie Fall 1 (Altereriregiment) und muß vor jedem Wort erst längere Zeit überlegen. Beim Abschreiben finden sich bei schwierigeren Worten gleiche Fehler, da Patient eben nicht nachmalt. Er ist seit Jahren systematisch im Lesen und Schreiben unterrichtet worden und daher gebessert. Gleichwohl liest er manchmal eingelernte Phrasen vor, die mit dem Text oberflächliche Ähnlichkeit haben, ohne inhaltlich damit zusammenzuhängen. Als kleines Kind konnte er nur sehr schwer lesen lernen und hatte immer Angst vor dem Leseunterricht. Mit dem Schreiben ging es ebenso. Anfangs lernte er nur nachmalen, lange bildete sich keine Handschrift aus, jetzt ist sie ausdruckslos und fahrig. Im Zeichnen, in Mathematik leistet er Gutes, während er alle Sprachen einschließlich der deutschen schwer lernt. Charakteristisch ist sein geringes Gedächtnis für Vorgesprochenes, das er nur unvollständig und in gleicher Art wie beim Lesen verändert nachspricht. Seine Sprache ist noch unvollkommen in der Syntax und Diktion (Agrammatismus leichten Grades), was damit zusammenhängen mag, daß er 4 Jahre in der Dorfschule war und dort mit Rücksicht auf sein Stottern, die soziale Stellung seiner Eltern und die Überfüllung der Klassen wenig im Unterricht herangezogen wurde. Es fehlen also die Grundlagen der Schulbildung. Er konnte aus dem Kopf Violine spielen, lernte aber nicht Notenlesen.

3. A. Z., 12 Jahre, Schwester des vorigen Patienten, mit gutem optischem Gedächtnis wie der Bruder, lernte schwer lesen. Sie merkte sich früher den Inhalt von Lesestücken, um beim Lesen weniger Schwierigkeiten zu haben. Im ersten Schuljahr lernte sie das Alphabet vor- und rückwärts, aber nicht Buchstaben miteinander verbinden oder Worte lesen; liest jetzt Zahlen und Worte gut und hat nur bei schweren Worten, z. B. Quedlinburg, Schwierigkeiten. Sie lernt gut auswendig und zeichnet gut. Musikunterricht wurde aufgegeben, weil sie nach halbjährigen Bemühungen noch keine Noten lesen konnte. 2 andere Schwestern sind normal.

Auf Grund dieser Beobachtungen und der Angaben aus der Literatur würde sich das Symptomenbild der sogenannten kongenitalen Wortblindheit folgendermaßen gestalten:

Die meisten — aber nicht alle — Kinder sind intelligent, gehören manchmal sogar zu den besseren Schülern. Sie haben oft ein gutes akustisches Gedächtnis für auswendig Gelerntes und können z. B. ihre Lesestücke auswendig, wodurch sie die Lehrer über ihre Unfähigkeit zu lesen täuschen. Sie zeichnen meistens gut und haben auch oft ein gutes optisches Gedächtnis, sind daher auch als optische Vorstellungstypen beschrieben (u. a. von Thomas, dazu Fall 2 und 3 von mir) und ihre scharfe Beobachtungsgabe wird hervorgehoben (Otto Wernicke). Sie rechnen, soweit sie sonst normal sind, gut und lesen Zahlen und Buchstaben gewöhnlich gut, lernen letztere aber schwer und kennen bisweilen seltener gebrauchte Buchstaben nicht. Worte können sie nicht immer lesen, auch nicht selbst abgeschriebene, oder sie haben mit Mühe das Lesen kleiner Worte erlernt. Sie machen im Lesen, wenn sie etwas fortgeschrittener sind, mit Vorliebe Ergänzungsfehler. In schweren Fällen wird es ein vollkommener Unsinn. Vorbuchstabierte Worte können oft nicht zusammengesetzt, also auch nicht ausgesprochen werden (Rutherford). Das Abschreiben ist fast nur ein Nachmalen ohne Verständnis. Beim Spontan- und Diktatschreiben treten die nämlichen Fehler zutage wie beim Lesen. Den eigenen Namen schreiben die Patienten als Bild (Siegel), ohne ihn zu buchstabieren. Es kommt auch vor, daß sie ganz falsch Gelesenes richtig verstehen (Variot und Lecomte). Das Lesen musikali-

scher Noten war in den darauf geprüften Fällen unmöglich oder erschwert, z. B. auf eine Zeile beschränkt, also nur für Violin- nicht für Klaviernoten genügend (Plate). Die Krankheit ist nicht selten familiär, es sind bis zu 6 Fällen in einer Familie beobachtet (Thomas, Hinshelwood, Stephenson u. a.). Über gleichzeitige Sprachstörungen, wie sie in meinen zwei ersten Fällen vorkamen, ist wenig berichtet; immerhin finden sich Angaben, wie „dysarthrische Sprache", bei Kerr, lispelnde Sprache bei Förster, verspätete Sprachentwicklung nur bei Variot und Lecomte. Sprachstörungen in der Familie erwähnten Thomas, Fisher. Andere Autoren betonen dagegen die gute Sprache beziehungsweise das Erlernen mehrerer Sprachen. Die Krankheit ist wenig bekannt, aber nicht so selten als angenommen wird. Warburg fand unter 2000 Volksschulkindern 14, unter 400 Hilfsschülern 7 sogenannte Wortblinde. Unter diesen 21 Kindern waren 12 Knaben und 9 Mädchen.

Die Unfähigkeit lesen zu lernen pflegt in den meisten Fällen allmählich teilweise zu verschwinden, es bleiben aber immer noch Überreste. Ein passionierter Sportsmann lernt schließlich die Fußballmatschberichte lesen, während er in der Schule nicht ordentlich lesen konnte (Hinshelwood), ein Militärschriftsteller, ein Naturwissenschaftler lassen sich später ihre Arbeiten wegen der eigentümlichen Schreibfehler korrigieren (Fälle von Plate). Ein Wortblinder wurde später Advokat. Selten bleibt die Störung unverändert mangels sorgfältigen Unterrichtes, wie im Falle von Rieger.

Zur Erklärung der Störung ziehen die meisten Autoren außer Reichardt und seinem Lehrer Rieger hypothetische Defekte im Gyrus angularis heran. Es scheint, als hätte der aus der Aphasielehre stammende Ausdruck: kongenitale Wortblindheit dazu geführt, Hemmungshypoplasien oder Blutungen infolge von Geburtstraumen ins sogenannte Lesezentrum anzunehmen. Nun ist aber schon die Annahme eines besonderen Lesezentrums sehr hypothetisch. Wernicke selbst nimmt kein solches Lesezentrum an und Sachs und viele andere Autoren lehnen es auch ab, während Déjérine u. a. daran festhalten. Fest steht jedenfalls, daß durch den Gyrus angularis assoziative Fasern vom Seh- zum Hörzentrum verlaufen. Die Herde im Mark beziehungsweise in der Rinde des Gyrus angularis machen bestimmte Symptomenkomplexe der Alexie und Agraphie. Fest steht ferner, daß der Leseakt über das Wernickesche Zentrum verläuft. Es wird also im allgemeinen via sensorisches Sprachzentrum gelesen. Die Annahme einer mechanischen Störung der Assoziationsbahnen zwischen Seh- und Hörzentrum zur Erklärung solcher Fälle von Unfähigkeit lesen zu lernen, lag also nahe. Gleichwohl scheint mir, daß man hiermit nicht weiter komme. Auf Grund unserer Kenntnisse von der Psychologie des Lesens beim Kind und beim Erwachsenen scheint es möglich, die Störung auf zweierlei Wegen zu erklären und die weitere Erforschung solcher Fälle wird zu erweisen haben, ob es sich nicht um verschiedene Formen handelt, welche aus verschiedenen Ursachen die gleichen oder annähernd gleichen Symptomenbilder zeigen. Es mag sein, daß es sich um eine mangelnde assoziative Verknüpfung zwischen Buchstaben- beziehungsweise Wortbild und lautmotorischem Wort handelt, es kann auch sein, daß das Wortbild als solches nicht oder unvollkommen apperzipiert wird. So kann es dann auch nur schwer zum Teil eines Ganzen, eines geistigen Inhaltes werden. Ob es sich um eine assoziative oder um eine apperzeptive Störung handelt, wird die genauere Analyse solcher Fälle erst lehren müssen.

Feststellungen, wie sie Ritter gemacht hat, nämlich der Nachweis auffälliger Schwäche für das unmittelbare Festhalten von Klangassoziationen und die unmittelbare Auffassungsfähigkeit von Wortfolgen, ferner die von Warburg betonte Vergeßlichkeit für Aufträge neben guter Fähigkeit auswendig zu lernen, Erfahrungen aus der Sprachentwicklung (siehe obige Fälle), werden zur Erklärung im

Rahmen einer psychologischen Analyse heranzuziehen sein. Eine genaue psychologische Erforschung der einzelnen Fälle ist aber auch mit Rücksicht auf die Therapie nötig, denn erst aus ihr werden wir schließen können, ob bei dem jeweiligen besonderen Nachhilfunterricht analytische oder synthetische Lesemethoden den Vorzug verdienen. Mit ersteren werden visuelle Vorstellungstypen weiter gebracht werden, auditive aber nicht, wie Hinshelwood neuerdings hervorhebt. Der Schreibleseunterricht, wie wir ihn haben, wird im allgemeinen der rechte Weg sein für alle nicht extrem visuellen Vorstellungstypen.

Diskussion: Isserlin: Die unter dem Namen der kongenitalen Wortblindheit usw. zusammengefaßten Tatsachen sind nicht nur für sich, sondern auch durch ihre Beziehungen zum Intelligenzproblem interessant und wichtig. Der Stufenbau der Intelligenz wird zum Teil im Problem der Wortblindheit mit berührt. Es gibt zweifellos mannigfache Formen der „Wortblindheit". Bei einem Teil mögen Mangelhaftigkeiten von „Partialgedächtnissen" verantwortlich zu machen sein. Bei anderen Fällen spielen ohne Frage Funktionsdefekte allgemeinster Art wie z. B. der Aufmerksamkeit eine Rolle. Besonders wichtig sind aber speziellere zusammenfassende Funktionen, die hier heranzuziehen sind, Funktionen des Erfassens von „Gestaltqualitäten". Wenn Idioten beschrieben worden sind, welche zahlreiche ganze Worte als Ganzes lesen, aber absolut nicht buchstabieren konnten, so waren hier offenbar Defekte solcher zusammenfassender Funktionen (optischer Art) vorhanden. Es wäre nun zu untersuchen, wie es bei solchen „partiellen Idiotien" mit entsprechenden Funktionen auf anderen Gebieten steht (etwa Melodie, Rhythmus usw.). Hier sind die interessanten Ausführungen des Vortragenden zu zahlreichen weiteren Fragen in Beziehung zu setzen.

v. Heuß.

Hecker stellt einige Fragen bezüglich des Vorkommens der kongenitalen Wortblindheit bei Tumorerkrankungen und bezüglich des späteren Schicksals der Kranken.

Nadoleczny (Schlußwort): Herrn v. Heuß erwidere ich, daß die Otologie leider noch nicht so sorgfältig ausgebaute Prüfungsmethoden kennt wie die Augenärzte, so daß wir nicht in der Lage sind, analoge Störungen festzustellen, wie er sie erwähnte (Skotome), falls solche überhaupt vorkommen. Hinzuzufügen wäre, daß die Sehschärfe und die Refraktion bei sogenannten Wortblinden vielfach geprüft wurde (auch in meinem Falle II), jedoch niemals besondere Befunde notiert werden konnten. Zur Anfrage des Herrn Hecker: Im allgemeinen wird es sich empfehlen, wenn man bei der Berufswahl derartiger Kinder praktische Berufe vorzieht. Mein 2. Fall konnte das Einjährig-Freiwilligen-Examen nicht bestehen, wird aber wohl wegen seines Fehlers und wegen seines beträchtlichen Stotterns kaum zum aktiven Dienst gebraucht werden. Er ist in einem praktischen (technischen) Fabrikbetrieb tätig. Das oben beschriebene Mädchen (Fall I) ist im Haushalt sehr zuverlässig und brauchbar. Herrn Isserlin danke ich für seine Anregungen. Ich werde die Fälle, sofern sie noch erreichbar sind, mit Rücksicht auf die Frage apperzeptive oder assoziative Störung einer Nachprüfung unterziehen.

4. **von Pfaundler:** *„Mitteilung über Buttermilch."*

v. Pfaundler teilt mit, daß die Zentralmolkerei in München auf seine Veranlassung die Zubereitung einer Vorzugsbuttermilch für Zwecke der Säuglingsernährung übernommen hat. Diese Buttermilch wurde auf der Säuglingsabteilung der Kinderklinik seit einem Vierteljahre in allen wichtigen Indikationen erprobt. Das Fabrikat entsprach allen Anforderungen bei der Untersuchung und im Ernährungs-

experiment — namentlich im Allaitement mixte. Vorführung einer Reihe von günstigen Einzelerfolgen. Die Bereitung einer solchen Buttermilch im kleinen ist umständlich, unwirtschaftlich und mißlingt häufig trotz sorgfältigen Vorgehens. Es dürfte daher für die Münchener Kinderärzte von Interesse sein zu wissen, daß besagtes Fabrikat durch jede der Filialen der Zentralmolkerei bezogen werden kann.

Sitzung vom 14. März 1913.

1. **Trumpp:** *„Erkrankung von Geschwistern an Heine-Medinscher Krankheit."*

Die Heine-Medinsche Krankheit war im vergangenen Jahre in München in bisher nie beobachteter Häufigkeit aufgetreten. In Trumpps Kinderteil erkrankten 3 Geschwister im Laufe des letzten Winters. Die Kinder entstammten einer kinderreichen Familie, in der schon vor 11 Jahren einmal ein schwerer Fall von Heine-Medinscher Krankheit vorgekommen war. Die neueren 3 Fälle waren leichterer Art, sogenannte rudimentäre Poliomyelitis (Müller). Sie boten interessante Einzelheiten, darunter in einem Falle mehrfache Rezidive. Aus eigener Beobachtung warnt Trumpp vor der Gefahr von Fehldiagnosen durch Simulation oder hysterische Imitation während einer Epidemie. Trumpp glaubt, daß nach den bisherigen Beobachtungen und den bei Affenpoliomyelitis von Osgood und Lukas erhobenen Befunden sowohl die Kranken wie die Rekonvaleszenten lange Zeit Virusträger bleiben und deshalb alle prophylaktischen Maßnahmen ziemlich aussichtslos sein dürften. Außer der gebräuchlichen symptomatischen Behandlung wandte Trumpp Pyozyanasespray durch Mund und Nase an. Die Arbeit erscheint in der Münchener med. Wochenschr.)

Diskussion: Uffenheimer teilt eine Reihe von Beobachtungen aus der (von der Gesellschaft veranstalteten) Sammelforschung über die Heine-Medinsche Erkrankung mit, welche für eine Übertragbarkeit dieser Krankheit sprechen (Fälle im gleichen Hause, bei Nachbarskindern, bei Geschwistern, bei Schulbanknachbarn usw.). Von besonderem Interesse ist ein Fall, der sich in einem kleinen Orte von Oberbayern als einziger ereignete. Das Kind war zur Herniotomie ans Gisela-Spital in München, in dem besonders viele Fälle von Heine-Medin zur Beobachtung kamen. „Als es heimkam, nach zirka 3 Tagen, spinale Lähmung."

Ranke: Die von Prof. Trumpp mitgeteilten rudimentären Affektionen veranlassen mich, hier von einem Vorkommnis zu erzählen, über dessen Zugehörigkeit zur Heine-Medinschen Krankheit ich mir nicht klar werden konnte. Ein 3½jähriger, an Säuglingsekzem leidender Knabe erkrankt an Schnupfen mit katarrhalischer Angina. Drei Tage danach wird ein Kollege, der die Schwester in orthopädischer Behandlung hat, eiligst gerufen, das Kind habe über Nacht den Arm gebrochen. Bei seiner Ankunft findet er eine vollständige schlaffe Lähmung der rechten oberen Extremität inklusive des Schultergürtels. Das Kind ist sonst ohne Störung und ohne Fieber. Wegen des Verdachtes auf Heine-Medin begibt sich der Kollege in ein benachbartes Haus, um mir als Wundarzt sofort telephonisch Nachricht zu geben. Als er wieder zurückkommt, ist die schlaffe Lähmung, die bis dahin zirka 1½ Stunden bestanden hatte, vollständig verschwunden. Als ich kurze Zeit danach das Kind sehe, ist es vollkommen gesund, es treten auch später keinerlei Lähmungserscheinungen mehr auf.

Für die Entstehung dieser Störung kommen dreierlei Möglichkeiten in Betracht: 1. Ein abortiv verlaufender Fall von Poliomyelitis. 2. Eine Pseudoparalyse infolge irgend eines Schmerzes. Da das Kind eines Rückfalles seines Ekzems wegen die Nacht mit fest gebundenen Händchen geschlafen hatte, erscheint diese Erklärung besonders nahe-

liegend. Bei den Bemühungen sich frei zu machen, um an den juckenden Stellen zu kratzen, kann im Schultergelenk eine Zerrung stattgefunden haben, die zunächst eine Zeitlang schmerzte. Es ist eine allbekannte Erfahrung, daß kleine Kinder auch nach Aufhören eines solchen Schmerzes die betreffende Extremität dann eine Zeitlang nicht gebrauchen. Die dritte Möglichkeit wäre eine Kombination der beiden angegebenen, daß das Kind durch die abortive Poliomyelitis zum Auftreten einer solchen Pseudoparalyse besonders disponiert war, so daß ein geringfügiges Trauma, das sonst ohne Folgen geblieben wäre, hier eine Lähmung auslösen konnte.

v. Pfaundler.

Mennacher berichtet von einem 18monatigen Kind, welches im November 1912 3 Wochen nach (in Schwabing) erfolgter Infektion an manifesten Erscheinungen von Heine-Medin erkrankte und nach baldigem Hinzutritt schwerer zerebraler Störungen am 6. Krankheitstage starb.

Seitz.

Trumpp (Schlußwort): Der eine Fall, den Uffenheimer aus der Sammelforschung mitteilte, kann kaum anders gedeutet werden, als daß die Infektion im Gisela-spital erfolgt ist, in dem ja nach Ibrahims Bericht 1 schwerer und 1 zweifelhafter Fall aufgetreten war. Solche Fälle, die doch keineswegs vereinzelt stehen, lassen die Kontagiosität der Heine-Medin außer Zweifel erscheinen. Im Falle Ranke dürfte eine Entscheidung nachträglich kaum möglich sein. Den Beobachtungen v. Pfaundlers ist zu entnehmen, daß auch er Beziehungen von Pseudoparesen (Paralysis dolorosa) zu Heine-Medin in Fällen, wie dem von ihm und mir mitgeteilten, für möglich hält. Mennachers Fall gehört zu den zerebrospinalen Mischformen, die in den letzten Jahren deutlich an Häufigkeit zunehmen.

2. **Trumpp:** *„Zur Diagnostik und Therapie der Oxyuriasis."*

In den häufigen Fällen, in denen die Oxyuren nur in größeren Zeiträumen abgesetzt werden, ist die Diagnose wegen der Unbestimmtheit und Vieldeutigkeit der klinischen Symptome oft sehr schwierig. Die makroskopische Stuhluntersuchung liefert oft lange Zeit kein positives Resultat, zumal bei geformten Stühlen. Bei weichen und diarrhoischen Stühlen aber verkriechen sich die Würmer oft rasch in die warme Kotmasse, um der tödlichen Abkühlung zu entgehen. Ein Teil der toten Würmer kann durch die Darmflüssigkeit aufgelöst werden. Probeklistiere ermöglichen auch nicht immer eine sichere Entscheidung. Jedenfalls müssen durch Klistiere entleerte Stühle immer möglichst bald untersucht werden, da nach Trumpps Beobachtungen manche Oxyuren (wahrscheinlich die älteren, schon im Darm abgestorbenen Exemplare) — ebenso die Oxyureneier — durch Leitungswasser ziemlich rasch zerstört werden. Findet man keine Oxyuren, so sucht man gewöhnlich im Rektalschleim oder in den Stuhlresten innerhalb der Gesäßkerbe nach Oxyureneiern. Der Befund von einigen Eiern gestattet aber noch nicht die Diagnose auf Oxyuriasis zu stellen. Es gibt nämlich sicher Fälle genug, bei denen die Oxyuren nur vereinzelt im Darm vorkommen, sich nicht vermehren, harmlose Darmschmarotzer bleiben und keine Reaktion des Organismus auslösen. Nur bei starker Vermehrung der Würmer und entsprechender Reaktion des Organismus darf von Oxyuriasis gesprochen werden, deren Entstehung nach Trumpps Überzeugung vom Vorhandensein individueller Disposition abhängig ist. Trumpp suchte nun nach einem sicheren und dabei harmlosen Mittel, um bei spärlichem Abgang von Oxyuren entscheiden zu können, ob echte Oxyuriasis vorliegt. Nachdem es ihm in gemeinsamer Arbeit mit Husler gelungen war,

mittels Komplementbindungsverfahren im Serum von Oxyurenträgern Reaktionskörper gegen Oxyurenprodukte nachzuweisen, verwendete er dieses Resultat zu Versuchen, ob die Oxyurenträger bei Einreibung von Oxyurenpulver (mit Lanolin vermischt) in die Haut eine ähnliche Überempfindlichkeits- und Integumentreaktion liefern wie Tuberkulöse bei Einreibung der Moroschen Salbe. Die Versuche und Kontrollversuche fielen befriedigend aus. Das Verfahren muß aber noch nach jeder Richtung überprüft und ausgebaut werden.

Im zweiten Teil der Arbeit unterzieht Trumpp die Lehrsätze über die Lebensgeschichte des Oxyuris und die darauf aufgebaute Therapie der Oxyuriasis einer scharfen Kritik. Auf Grund eigener Beobachtungen bestreitet er die Richtigkeit der Behauptungen, daß die Oxyureneier außerhalb des menschlichen Darmes ein Reifestadium erlangen müßten, daß die Oxyurenembryonen aus den verschluckten Eiern durch Auflösung der Eihülle im Magensaft zum Ausschlüpfen kämen, und vor allem, daß eine Vermehrung der Oxyuren im Darme nicht stattfinde, sondern die Krankheit nur durch erneute Infektion beziehungsweise Autoreinfektion unterhalten werde. Trumpp ist vielmehr der Überzeugung, daß Küchenmeister und Vix recht behalten, die eine völlige Regeneration des Parasiten im Darme annehmen. Wegen der unbestrittenen Gefahr einer Reinfektion oder Autoreinfektion durch oralen Import von Oxyureneiern hält Trumpp alle dagegen angewandten Maßnahmen für nötig, aber nicht — wie neuerdings behauptet wird — für allein ausreichend zur Heilung der Oxyuriasis. Der Nutzen der bisher gebräuchlichen internen vermiziden Mittel ist dadurch eingeschränkt, daß die für die Würmer toxische Dosis nahe der auch für den Menschen toxischen Dosis liegt. Die Klistierbehandlung ist an sich schon nicht ganz unschädlich, erreicht nicht die junge Brut im Dünndarm und befördert auch nicht alle ausgewachsenen Würmer aus dem Dickdarm, da sich diese nach mehrfachen Beobachtungen in die Darmdrüsen einbohren können und dadurch festen Halt gewinnen. Trumpp glaubt, daß z. B. noch kein unter allen Umständen wirksames Mittel gegen Oxyuriasis existiert und daß die berichteten Erfolge vielfach nur Scheinerfolge sind. Die Arbeit schließt mit Angabe der Gesichtspunkte, unter denen nach einem solchen Mittel gesucht werden muß. (Die Arbeit erscheint in der Zeitschr. f. Kinderheilkunde.)

Diskussion: v. Pfaundler unterstützt die Ansicht des Vortragenden, daß Oxyuren-Kranke und Oxyuren-Träger zu unterscheiden seien und frägt an, ob etwa nur die ersteren Reaktionskörper bilden, die durch die Oxyurensalbe festzustellen sind. Er glaubt auch, daß ein Generationswechsel der Oxyuren im Darme vor sich gehen müsse. Mit der ausschließlichen Regeneration der Oxyurenfauna durch Reinfektion per os sei die in manchen sorgfältig beobachteten Fällen vorliegende Gleichmäßigkeit der Oxyurenausscheidung durch Jahre unvereinbar. Aus diesem Grunde sind auch Verfahren, wie jenes mit Vermifugin, die lediglich die Reinfektion verhindern sollen, aussichtslos und nutzlos. Aber auch mit den großen Klistieren und anderen Mitteln kommt man meist nicht ans Ziel.

Hecker.

Trumpp (Schlußwort): Trumpp freut sich, aus den Ausführungen v. Pfaundlers entnehmen zu dürfen, daß er sich mit seinen ketzerischen Ansichten über die Unwirksamkeit der bisherigen Oxyurentherapie in guter Gesellschaft befindet. Der Anregung v. Pfaundlers, bei Oxyuriasis das ungiftige Filmaron zu versuchen, will Trumpp gerne nachkommen.

3. **Hecker:** *„Demonstrationen."*

1. Organe eines 4jährigen Mädchens. *Durchbruch einer erweichten rechtsseitigen tuberkulösen Bronchialdrüse einerseits in den Öso-*

phagus, anderseits in eine tuberkulöse Kaverne des rechten Unterlappens. Diese wiederum zeigt eine — möglicherweise post mortem entstandene — Kommunikation mit dem Pleuraraum, in welchem sich saurer sanguinolenter, offenbar aus dem Magen stammender Inhalt fand. Tuberkulöse Pneumonie des rechten Unterlappens. Beginnende Miliartuberkulose der Leber. Keilförmiger käsiger Herd im linken Femurhals.

2. Organe eines Neugeborenen: Angeborene Mißbildung des Herzens. Vollkommener Defekt des Kammerseptums und fast vollkommener des Vorhofseptums. Ein etwa erbsengroßer Sack im gemeinsamen Atrium, im welchen eine Lungenvene mündet, kann als Rudiment des rechten Vorhofs angesehen werden. Die Segelklappe ist gut erhalten. Ein gemeinsamer Truncus arteriosus teilt sich bald in Aorta und Pulmonalis, der Ductus Botalli fehlt. Die Mißbildung stellt sonach den seltenen Typus des *Cor triloculare biatriatum* dar, wobei der 2. Vorhof nur als Rudiment ausgebildet ist.

Klinisch interessiert, daß die Mutter in der ersten Zeit der Schwangerschaft viel Tennis gespielt und geschwommen und im 6. Monat einen schmerzhaften Fall auf den Rücken erlitten hat. Das Kind war nach der — rechtzeitigen — Geburt blaß, hat nicht gleich geschrien; eigentliche Zyanose war überhaupt nicht bemerkbar. Hat 5mal an der Brust getrunken. Lebensdauer: 2½ Tage.

Diskussion: Ranke: Der von Prof. Hecker gezeigte Durchbruch einer tuberkulösen Hilusdrüse ist durch die zustandegekommene Kommunikation zwischen Ösophagus und Lunge eine Seltenheit. Durchbrüche in die Bronchien allein dürften aber sehr viel häufiger sein, als bisher angenommen. In der Arbeit von Ghon über den „primären Lungenherd bei der Tuberkulose der Kinder" wird über 181 Fälle kindlicher Tuberkulose referiert, unter denen sich nicht weniger als 30mal ein Einbruch einer verkästen Drüse in einen Bronchus beobachten ließ; also jeder 5. bis 6. Fall in der Gesamtheit der überhaupt bei der Sektion Tuberkulose aufweisenden Kinder zeigte einen solchen Durchbruch. Nach Ghon war der Durchbruch anscheinend in der Mehrzahl der Fälle erst kurz vor dem Tode aufgetreten, was vielleicht für die Seltenheit der Diagnose eines solchen Durchbruches in vivo zur Erklärung herangezogen werden darf. Immerhin fand Ghon auch mehrere Fälle, bei denen sich im Anschlusse an einen solchen Durchbruch zylindrische Bronchiektasen der großen Bronchien als Folgezustand entwickelt hatten. Derartige Fälle sind zweifellos unter den überlebenden bronchiektatischen Katarrhen der Kinder an jedem Ort enthalten, ohne daß meines Wissens bisher auf diesen Entstehungsmodus hingewiesen worden wäre. Ich selbst habe einige hierher gehörige Fälle beobachtet, und zwar sowohl bei Kindern wie bei Erwachsenen. Solche Durchbrüche stellen den höchsten Grad des von mir als Hiluskatarrh beschriebenen Entzündungszustandes der den käsigen Drüsen benachbarten Bronchien dar. Bei diesem Hiluskatarrh handelt es sich um eine „kollaterale Entzündung" im Sinne Tendeloos, also eine nicht spezifische entzündliche Veränderung infolge des Reizes der anliegenden erkrankten Drüsen. Man darf dabei also nicht an eine tuberkulöse Manifestation in den großen Bronchien denken, etwa Knötchen in der Bronchialwand oder Geschwüre tuberkulöser Natur in der Schleimhaut. Ein ausgesprochener Hiluskatarrh auch mit ziemlich reichlicher Sekretion stellt deshalb immer eine geschlossene Tuberkulose dar, solange kein sezernierender Lungenherd vorhanden ist. Das von den entzündlich veränderten Bronchien versorgte Lungengebiet wird schlechter ventiliert. Es bildet sich also eine relative Atelektase aus, die zu Dämpfungen meist mit tympanitischem Beiklang führt. Auf dem Röntgenbild sehen diese Partien getrübt aus und ihre Zeichnung erscheint verstärkt. Auskultatorisch findet man oft unverändertes Vesikuläratmen im Inspirium, mäßig verlängertes Exspirium, nicht selten ist die Atmung

abgeschwächt, mehr oder weniger rauh. Das Hilusgiemen setzt sich aus der Hilusgegend nicht selten in die Partien hinein fort, die von dem betroffenen Bronchus versorgt werden. Man findet dementsprechend Hiluskatarrhe, die sich nach oben in die Spitze, und solche, die sich nach unten in den Unterlappen fortsetzen. Auf dem Röntgenbild entspricht diesem Befund „eine vermehrte Auffaserung" in der gleichen Richtung. Der verminderten Ausdehnung in der Richtung dieser „Stränge" des Röntgenbildes entspricht ein Nachschleppen der betreffenden Thoraxpartie oder, was besonders auf dem Röntgenbild sehr auffällig ist, ein mehr oder weniger ausgesprochenes, selbst zu eckigen zipfelartigen Erhebungen führendes Ansaugen des Zwerchfelles. Solche Veränderungen können nach Ausheilung bestehen bleiben. Man trifft sie gelegentlich auch noch bei anscheinend gesunden Erwachsenen. Zu ihrem Zustandekommen würde theoretisch die Verminderung der Ausdehnungsfähigkeit in der Richtung einer vom Hilus nach dem betreffenden Zipfel gezogenen Geraden genügen, da infolge des luftdichten Abschlusses das Zwerchfell sich bei der Ausdehnung der übrigen Partien auch an dem sich nicht ausdehnenden Lungenteil nicht von der Lungenoberfläche entfernen könnte. Da durch Sektion kontrollierte Fälle noch nicht vorliegen, muß die Frage, ob in solchen Fällen eine Pleurazwerchfellverwachsung bestehen muß oder nicht, zunächst offen gelassen werden.

Lungendrüsenschwellungen und konsekutive Hiluskatarrhe kommen auch bei anderen Drüsenerkrankungen vor, doch ist die Tuberkulose als die weitaus häufigste Ursache derselben zu bezeichnen.

v. Pfaundler.

---

20. Versammlung der südwestdeutschen und niederrheinisch-westfälischen Vereinigung für Kinderheilkunde zu Wiesbaden am 13. April 1913.

Bericht zusammengestellt von **Dr. Georg Koch** in Wiesbaden.

Vorsitzender: **Lugenbühl** (Wiesbaden).

Vor der Sitzung:

1. **Emil Pfeiffer** (Wiesbaden): *„Demonstration seines Eiweißfällungsverfahrens."*

Mit Hinweis auf die Ungenauigkeit der Eßbachschen Methode der Eiweißbestimmung, die, abgesehen von sonstiger Ungenauigkeit, auch stark von Temperatureinflüssen abhängig ist, zeigt Vortragender seine Methode des quantitativen Nachweises des Eiweißes im Urin. Die Methode arbeitet sehr genau. Durch Einbringen des mit der Fällungsflüssigkeit (Phosphorwolframsäure) versetzten Urins in bestimmt temperiertes Wasser läßt sich die Methode noch abkürzen. (Die genauen Angaben sind in der Berliner klin. Wochenschr., 1913, Nr. 15, veröffentlicht und dort nachzusehen.)

2. **F. Göppert** (Göttingen): *„Zur Pathologie des Schnupfens im Säuglingsalter."*

1. Bei direkter Inspektion der erkrankten Nasenschleimhäute finden wir als Ursache der behinderten Nasenatmung in akuten Fällen öfter die Rhinitis anterior mit erheblicher Schwellung der unteren

Muschel. Bei vielen akuten, besonders bei chronischen Fällen ergibt aber die Naseninspektion zwar Entzündungserscheinungen auch in der vorderen Nase, aber keine Schwellung, die die erheblichere Behinderung der Nasenatmung erklären könnte. Namentlich gilt dies von erheblichster chronischer Nasenverstopfung. Die Fälle mit chronischem Nasenverschluß machen auch klinisch den Eindruck, als wenn sie durch Schwellung der Nasenrachenmandel bedingt wären. Es wird das klinische Bild der leichtesten bis zu den schwersten Fällen näher geschildert. Die letzteren Patienten zeigen ein sehr wohl charakteristisches Krankheitsbild: Weit geöffnete Nasenlöcher, gedunsenes Gesicht, kleinen, durch Hebung der Rippen kurzen Thorax, enorm vergrößerten Leib. Besonders erscheint das Epigastrium aufgetrieben. Der Meteorismus kann — wahrscheinlich durch das von Usum beschriebene Luftschlucken — so enorm sein, daß das Kind wochenlang mit Erstickung kämpft. Immer wiederkehrende Reinfektion und Exazerbationen sind bei den schwereren Fällen besonders durch Störung der Verdauungsvorgänge gekennzeichnet.

Der Deutung dieses Krankheitszustandes, als durch Hyperplasie der Nasenrachenmandel bedingt, widersprechen nicht nur gelegentlich überraschende Heilungsvorgänge, sondern auch das gesetzmäßige Ausheilen der Nasenverstopfung, sobald das Wachstum des Gesichtsschädels im zweiten Lebensjahre einsetzt. Wie die genauer geschilderte Anatomie des Nasenrachenraumes des Säuglings zeigt, ist eine geringe Schleimhautschwellung genügend, um die Choanen zur Verschwellung zu bringen. Diese verdienen ihren Namen in diesem Alter noch nicht, sondern stellen engere Kanäle beziehungsweise Foramina dar.

Das geschilderte Krankheitsbild der Rhinitis posterior entsteht durch Schleimhautschwellung der hinteren Nase und des Nasenrachenraumes, die am Engpaß, d. h. an den Canales choanales zur Stenose führt.

Die Differentialdiagnose gegenüber den Fällen frühzeitiger erheblicher Hyperplasie der Nasenrachenmandel wird durch Palpation der Hypertrophie durch das Gaumensegel hindurchgestellt. Auch kommen gemischte Fälle vor.

Die Therapie ist nicht immer erfolgreich. Einträufelungen von 1%iger Arg.-nitr.-Lösung 1mal täglich und Nebennierenpräparate, letztere namentlich bei den Exazerbationen, müssen versucht werden. Am wichtigsten ist Schutz vor Reinfektion und Freiluftbehandlung.

2. Von den Fernwirkungen des Schnupfens wird kurz die Frage der Anatomie des parenteralen Schnupfens gestreift, da dieser an anderer Stelle schon beschrieben ist (Festschrift für Heubner). Beachtenswert sind auch die häufigen Fälle von Hirndrucksteigerung bei Schnupfen. Leichte zerebrale Erscheinungen bilden die Brücke zu der Meningitis serosa. Ein derartiger Übergangsfall mit sehr erheblich vermehrter Zerebrospinalflüssigkeit und Hirndruck wird beschrieben. Wahrscheinlich ist der Schnupfen oft der Ausgangspunkt für die vielen Fälle von Meningitis serosa auch älterer Kinder, bei denen eine Pneumonie nicht vorhanden ist.

Die Supersekretion der Arachnoidea ist wohl nicht als kollaterales Ödem zu deuten, sondern ist ebenso wie die Meningitis serosa bei Pneumonie und die Verdauungsstörung bei Schnupfen bedingt durch die speziellen Krankheitserreger oder ihre Gifte, die auf dem Blutwege verbreitet werden.

Diskussion: Rosenhaupt (Frankfurt a. M.) stellt sich auf den Standpunkt, daß angeborene adenoide Vegetationen vorkommen. Er hat einen Fall beobachtet, wo von Geburt an die dafür charakteristischen klinischen Erscheinungen bestanden, und in der 7. Lebenswoche eine etwa haselnußgroße Bildung entfernt wurde, die auch ohne mikroskopische Untersuchung als adenoide Vegetation

betrachtet werden durfte — die Behandlung des Säuglingsschnupfens mit Suprareninlösung gibt außerordentlich prompte und gute Erfolge und es wurden in Hunderten von Fällen nie die von manchen gefürchteten Nebenwirkungen der Nebennierenpräparate beobachtet.

Siegert (Köln): Hat Göppert auch Kinder an der ewig rezidivierenden Rhinitis anterior oder posterior erkranken gesehen, die keine Lymphatiker waren? Er möchte letztere nicht berühren, aber jene Rhinitiden sind eine der Manifestationen bei den letzteren.

Hoffa (Barmen) fragt, ob durch die von Göppert geschilderte Rhinitis posterior sich das oft monatelang anhaltende Fieber bei chronischer Grippe erklären läßt, und berichtet über einen Fall von im Anschluß an Schnupfen entstandenen operativ geheilten Lungenabszeß bei einer zweimonatigen Frühgeburt.

Lugenbühl (Wiesbaden) verfügt über einen Fall, in dem bei 10wöchigem Kinde, bei dem von der Geburt an Beschwerden bestanden hatten, ein gut haselnußgroßer Tumor des Nasenrachenraumes entfernt wurde. Dieser erwies sich nach Untersuchung Herxheimers als sicher aus adenoidem Gewebe, nicht bloß aus gewucherter Schleimhaut bestehend. Dieser Fall scheint ihm die Möglichkeit angeborener Rachenmandelhypertrophie zu erweisen. Therapeutisch wird von Nebennierenpräparaten die Adrenalinsalbe von Parke Davis u. Co., die längere Wirksamkeit als Adrenalintropfen entfaltet, empfohlen.

Göppert (Schlußwort): Das Vorkommen sehr frühzeitiger, vielleicht sogar von angeborenen Adenoiden bestreite ich nicht. Da ich sie selbst nicht gesehen habe, habe ich eine Besprechung vermieden. Siegert bemerke ich, daß die Kinder sämtlich exsudativ diathetisch waren. Eine Sonderdisposition besteht natürlich für die speziellen Organe, hier also für die Nasenrachenschleimhaut.

3. **Bauer** (Düsseldorf): *„Behandlung der Diphtheriebazillenträger."*

Diphtheriebazillenträger finden wir nach einer überstandenen klinischen Diphtherie, aber auch sonst, ohne daß uns eine solche Erkrankung bekannt geworden ist. Gerade unter den Säuglingen unseres klinischen Materials sind häufig Bazillenträger zu beobachten. Der Säugling erkrankt aber selten an einer diphtherischen Intoxikation.

Gehäufte Diphtheriebazillenbefunde auf Säuglingsabteilungen haben wir nur in gewissen Perioden und ferner meistens nur auf bestimmten Zimmern der Abteilung. Der beim Schnupfen der Säuglinge schmarotzende Diphtheriebazillus kann die Ursache einer echten diphtherischen Erkrankung werden, zumal wenn der Patient Masern akquiriert oder eine Operation im Nasenrachenraum vorgenommen wird, treten echte Diphtherien ein. Aber auch für seine Umgebung, ältere Geschwister, kann der Diphtheriebazillen beherbergende Säugling auch nach seiner Entlassung aus der Anstalt gefährlich werden. Wir müssen deshalb gegen die Diphtheriebazillenträger vorgehen. Wir können auch gegen sie vorgehen, weil der Diphtheriebazillus kein ubiquitärer Mikroorganismus ist. Neben der Bekämpfung der Diphtheriebazillenträger und Dauerausscheider in Spitälern, Schulen, Gemeinden und Gewerben durch Absonderung kommt auch die lokale Behandlung in Betracht.

Ihre Erfolge lassen sich erweisen. Auf der Diphtherieabteilung der Düsseldorfer Klinik für Infektionskrankheiten haben die Patienten nach Einsetzen einer energischen lokalen Behandlung ihre Bazillen früher verloren als ehedem. Geschah dieses früher durchschnittlich am 28. Krankheitstage, so sind sie im vorletzten Halbjahr am 22., im letzten am 14. Krankheitstage bazillenfrei gewesen. Die Behandlung

wurde vor allem durch Spülungen mittels eines „Nasenrachenspülers" (beschrieben Med. Kl., 1913, Nr. 13, S. 504) durchgeführt. Namentlich bei schleimiger und eitriger Sekretion des Nasenrachenraumes, bei der der einmal angesiedelte Diphtheriebazillus lange Zeit ausgeschieden wird, bewährt sich diese Behandlung. Die lokale Behandlung des Nasenrachenraumes wurde bisher sehr vernachlässigt.

Diskussion: Siegert (Köln): Die Kölner Untersuchungen von Schrammen beweisen, daß die Bazillenträger zu gar keiner Infektion mit Diphtherie weder in der Schule noch zu Hause zu führen brauchen für die Schüler, wie (Rohmer und andere) für die Säuglinge. Ich stehe auf dem Standpunkt von Sörensen, Sommerfeld, Schrammen, nach welchen die Bedeutung der Bazillenträger für die Ausbreitung der Diphtherie noch nicht geklärt ist; daß von den Abelschen Vorschlägen betreff der Schulen keine Rede sein kann. Bauers Apparat ist sehr zweckmäßig für die Befreiung der Träger von ihren Bazillen, die, wie Bauer verlangt, allerdings von ihren Bazillen befreit werden sollten.

Göppert (Göttingen) stimmt mit dem Vortragenden in der Beurteilung der Gefährlichkeit der Diphtheriebazillenträger auf Säuglingsabteilungen überein. Der Hauptsitz der Bazillen ist die Nase und nicht nur der Nasenrachenraum. Alle Mittel sind von uns probiert. Nur eine 10%ige Protargolsalbe hat bei Säuglingen in Vergleichsversuchen einen schnellen Nutzen gegeben.

Die Ausbreitungsfähigkeit der Bazillen ist sehr verschieden. Sobald ein akuter Schnupfen die Säuglingsabteilung betrifft, regt sich auch der Diphtheriebazillus und führt dann auch zu kleinen Diphtherieepidemien.

Bauer (Schlußwort): Gegenüber von Siegert bin ich allerdings der Ansicht, daß die Bazillenträger sowohl selbst eine diphtherische Intoxikation erwerben können, als auch zur Ausbreitung der Diphtherie beitragen. Demzufolge muß man in einer Säuglingsabteilung die Bazillenträger absondern und behandeln, bis sie nicht mehr ansteckungsfähig sind.

4. **Engel** (Düsseldorf): *„Die Herstellung einer Säuglingsnahrung (Kaseinmilch) nach dem Prinzip der Eiweißmilch."*

Die Verwendung von Eiweißmilch nach Finkelstein und Meyer ist zweifellos in vielen Fällen indiziert. Ihre Verwertbarkeit wird jedoch erschwert durch den hohen Preis und den schlechten Geschmack. Die Selbstherstellung nach dem Originalrezept ist mühselig. Sie gelingt jedoch leicht nach einem vom Vortragenden ausgearbeiteten Verfahren, wobei die Milch mit winzigen genau dosierten Mengen von Lab zu feiner Gerinnung gebracht wird. Um diese Dosierung für den praktischen Gebrauch zu ermöglichen, ist das Lab in Tablettenform gebracht worden. Die Anweisung zur Herstellung der Kaseinmilch ist folgende:

1. Die Milch wird aufgekocht. Hiernach läßt man sie auf 40 bis 42° abkühlen.

2. Die Tabletten läßt man in möglichst wenig lauwarmem Wasser zerfallen. (Zirka 5 bis 6 cm^3.)

3. Die Tablettenaufschwemmung wird der warmen Milch zugesetzt und durch Umrühren gut verteilt.

4. Die Milch steht nun ½ Stunde im Zimmer.

5. Hiernach wird sie wieder auf 40 bis 42° erwärmt. Im unmittelbaren Anschluß hieran pflegt die Gerinnung aufzutreten. Man erkennt dies, wenn man die Milch in dünner Schicht aus dem Löffel ausfließen läßt. Sowie die Milch anfängt grützelich zu werden, rührt man sie schwach mit einem Löffel um, bis die Gerinnung vollendet ist, was

binnen wenigen Minuten der Fall ist. Die Milch muß alsdann aus allerfeinsten Flocken bestehen. Sollte sich die Gerinnung verzögern, so wärmt man nach ¼ Stunde nochmals auf 40 bis 42° an.

6. Zu der geronnenen Milch setzt man die gleiche Menge abgekochtes Wasser und vermischt beides gut miteinander.

7. Die Mischung steht zirka ½ Stunde, bis sich die Kaseinflocken gut am Boden abgesetzt haben. Hierauf gießt man von der obenstehenden Flüssigkeit so viel ab, wie man Wasser zugesetzt hatte, d. h. also die Hälfte des Ganzen. Der verbleibende Rest ist die fertige Kaseinmilch. Sie wird genau wie Eiweißmilch verwendet. Auch der Zuckerzusatz wird wie bei dieser dosiert.

8. Die Milch darf vor Gebrauch nicht mehr gekocht werden, sondern wird nur in der üblichen Weise angewärmt.

5. **F. Lust** (Heidelberg): *„Über den Einfluß der Alkalien auf die Auslösung spasmophiler Zustände."*

Bericht über einen Fall von schwerer chronischer Verdauungsinsuffizienz (H e u b n e r) bei einem 2jährigen Mädchen, der durch eine Tetanie mit Karpopedalspasmen kompliziert war. Diese Tetanie war durch zwei Besonderheiten ausgezeichnet:

1. Durch eine ganz ungewöhnliche Steigerung der anodischen Übererregbarkeit, so daß schon bei dem ersten Ansprechen auf den elektrischen Strom ein Anodenschließungstetanus eintrat, und

2. durch ein inniges Abhängigkeitsverhältnis vom Wasserhaushalt des Organismus. Die Tetanie trat nämlich nur dann auf, wenn eine pathologische Wasserretention in Form von Ödem sich entwickelt hatte und schwand jedesmal wieder nach der Ausschwemmung der Ödeme. Da es nahelag, daß das mit dem Wasser jedesmal retinierte Salz speziell das NaCl spasmogen gewirkt haben könnte, wurden eine Anzahl von spasmophilen Kindern teils mit NaCl-Zulagen zur Nahrung, teils mit NaCl-Entziehung (salzfreie Mehlabkochung, molkenfreie Milch) ernährt. Es zeigte sich, daß nur ein Teil der Kinder für NaCl empfindlich ist, der andere verhielt sich speziell gegen die Salzentziehung völlig refraktär. Ungleich stärker spasmogen wirkt dagegen das Kalium, das selbst bei ausschließlicher anodischer Übererregbarkeit eine noch normale Kathodenöffnungszuckung nach einigen Sekunden zu einem stark pathologischen Wert herabzudrücken vermag. Dieser Effekt ist schon mit relativ kleinen Mengen zu erzielen, etwa wie sie dem Kaliumgehalt der gewöhnlich verabreichten Milchportionen entsprechen. Eine durch Kalkverabreichung zu normaler Höhe gesteigerte Kathodenöffnungszuckung wird durch äquivalente Mengen von Kalium sofort wieder erniedrigt. Das Kalium vermag also die Wirkung des Kalziums völlig zu paralysieren.

D i s k u s s i o n: C u r s c h m a n n (Mainz): Das Syndrom intermittierendes Ödem und Tetanie ist sicher außerordentlich selten, denn auch bei stärkster Ödembildung und entsprechender NaCl-Retention steigt die mechanische und galvanische Erregbarkeit für gewöhnlich nicht, z. B. bei Nephritikern. Selbst dann nicht, wenn Muskelkrämpfe (Urämie, pseudotetan. Krämpfe) auftreten. Es muß also bei dem L u s t schen Fall eine enorme primäre D i s p o s i t i o n zur Tetanie vorgelegen haben. Gleichzeitige Ödembildung und Exazerbation der Tetanie habe ich bei dem Syndrom Myxödem-Tetanie gesehen. Vielleicht hat auch im L u s t schen Falle gleichzeitiger Hypothyreoidismus und Parathyreoidismus vorgelegen. Der intensive Einfluß des Kalziums auf Tetanie und Übererregbarkeit, wie sie L u s t konstatierte, interessiert mich darum, weil ich bei erwachsener Tetanie bereits seit 1908 dasselbe auf Calc. lact. gesehen und geschildert habe, und diese Resultate von Falta und E r b e n u. a. nicht bestätigt beziehungsweise bestritten worden sind. Ich möchte an den Vortragenden die

Frage stellen, ob er auch meine Beobachtung gesehen hat, daß nach längerer Darreichung von Kalzium das plötzliche Entziehen desselben eine enorme Steigerung der tetanischen und eklamptischen Anfälle zur Folge hatte. Ich habe in dieser Beobachtung den richtigen Kern der Stölznerschen Theorie (Tetanie als Kastauung) vermutet. Die starke Steigerung der ASZ (nicht nur der AÖZ) ist bei Tetanie der Erwachsenen nicht so selten; ich habe bei Tetanischen, die keinen AÖTe und KÖZ zeigten, starke Anodenschließungsprävalenz (gegenüber der KSZ) gesehen. Die KÖZ, die nach den Untersuchungen von Reiß das Typische bei der tetanischen Übererregbarkeit sein sollte, habe ich bei Erwachsenen nur äußerst selten gesehen. Erb hat auch (für die Erwachsenen) die Steigerung der AÖZ (bis zum Tetanus) als das typische geschildert. Es scheinen hier also prinzipielle Unterschiede zwischen der galvanischen Übererregbarkeit der erwachsenen und kindlichen Tetanischen zu bestehen.

Göppert (Göttingen): Die Kalkpräparate wirken in der Reihenfolge $CaCl_2$, $Ca\,Br_2$ Calcium acetic., Calcium lact., Calcium citric., letzteres ist gänzlich unsicher in seiner Wirkung. Aber auch bei $CaCl_2$ lassen sich nur bei 3 bis 6 g pro die die Spasmophilie und ihre Symptome allerdings mit absoluter Sicherheit beseitigen. Zur Erhaltung dieses Zustandes genügen kaum 3 g. Plötzliches Aussetzen macht selten Erregungserscheinungen. Der Zweck der Kalkmedikation ist nur, daß man sich um die Spasmophilie eine Zeitlang nicht zu kümmern braucht, sondern nur die Indikationen, die die Darmkrankheit gibt, zu befolgen braucht. Uns scheint das Ca kein Diätetikum, sondern ein Pharmakon, also ein Betäubungsmittel.

Bauer (Düsseldorf): Bei Kalkgabe und anderen Pharmazis kann man die KO Kurve oft kurzfristig drücken, aber nicht dauernd. Es scheint mir daher Kalk kein Heilmittel zu sein. Bei Nebenkrankheiten der Tetanie und ihrem Einfluß auf die Erregbarkeit ist zu bedenken, daß die Ruhe des Patienten auch die Erregbarkeitswerte erniedrigen kann, also auch Krankheiten, die zur Ruhe zwingen.

Grosser (Frankfurt a. M.) hat mit Bromkalien insofern therapeutische Erfolge erzielt, als bei gleichbleibender Nahrung sowohl die klinischen Symptome sich besserten als die elektrische Erregbarkeit sank.

Lust (Schlußwort): Um nicht mißverstanden zu werden, möchte ich nochmals mit Nachdruck betonen, daß ich selbstverständlich nicht annehme, daß durch Retention von Alkalien Spasmophilie entstehen könne, sondern nur, daß bei vorhandener Anfälligkeit, sei diese durch eine Insuffizienz der Epithelkörperchen oder sonst ein uns unbekanntes Agens ausgelöst, dadurch die Erscheinungen manifest werden können. Zu der durch die Diskussion eröffneten Frage über den Wert der Kalktherapie möchte ich nur ganz allgemein Stellung nehmen, da darüber eingehend von anderer Seite aus unserer Klinik berichtet werden wird. Ich kann nur sagen, daß wir an einer sehr günstigen direkt spezifischen Einwirkung nicht zweifeln, vorausgesetzt, daß man ein geeignetes Kalkpräparat besitzt und es in genügend hohen Dosen verwendet. Von den anorganischen Präparaten scheint das $CaCl_2$ die beste Wirkung zu haben. Seiner allgemeinen Anwendung steht nur vielleicht der abscheuliche Geschmack im Wege. Für die Erfahrung Curschmanns, daß plötzliches Aussetzen des Kalkes ernste Gefahren mit sich bringen kann, stehen mir zwar keine sicher beweisenden Beobachtungen zur Verfügung, immerhin ermahnt der Fall eines Säuglings, bei dem der Kalk wegen der Verlegung auf eine Infektionsabteilung weggelassen worden war, und der sehr rasch, plötzlich einem laryngospastischen Anfall erlag, vielleicht doch zur Vorsicht.

Zu der Bemerkung Bauers möchte ich nur hinzufügen, daß wir ebenfalls nicht selten die elektrischen Werte auch bei weiterer

Darreichung des Kalkes — allerdings nur bei kleinen Dosen — spontan wieder herabgehen sahen. Auf die demonstrierte Kurve aber kann dieser Einwand keine Anwendung finden, da nach Aussetzen des Kaliums die Kalkwirkung sich ja immer noch deutlich erkennen ließ.

6. **Heile** (Wiesbaden): *„Chirurgische Behandlungsmethoden des Hydrozephalus."*

Heile referiert über den augenblicklichen Stand der chirurgischen Behandlung des akuten Hydrozephalus.

Er berichtet über die verschiedenen operativen Vorgehen, die unter Druck stehende Zerebrospinalflüssigkeit subdural oder subkutan oder intravenös abzuleiten. Für die subdulare Ableitung hat sich besonders der Balkenstich nach Anton und v. Bramann bewährt. Vortragender hat ihn ebenfalls mit Erfolg angewandt und würde ihn in geeigneten Fällen empfehlen. Seltener wird die Indikation für Überleitung der Flüssigkeit in die Blutbahn sein, wie sie erfolgreich von Payr ausgeführt ist (Überleitung der Zerebrospinalflüssigkeit aus dem Hinterhorn in die Vena jugularis und Implantation einer lebenden Vena saphena, die über eine gehärtete Kalbsasterie gezogen ist). Diese Überpflanzung ist Payr in 5 Fällen sehr gut geglückt und hat bei ihm durchwegs gute Resultate ergeben; sie ist aber doch gegenüber dem Balkenstich ein wesentlich größerer und komplizierterer Eingriff. Immerhin ist diese Art des Vorgehens durch Payr dem Stadium des Experimentes enthoben und würde praktisch bei geeigneter chirurgischer Schulung im einzelnen Falle in Frage kommen. Die Überleitung der Zerebrospinalflüssigkeit aus dem subkutanen Gewebe ist nach Ansicht des Vortragenden aussichtslos, da sich immer reaktive Entzündungswälle um die austretende Flüssigkeit im subkutanen Gewebe entwickeln, die eine dauernde Resorption der Flüssigkeit verhindern. Dann kämen nach Ansicht des Vortragenden mehr die von Kausch propagierten wiederholten Punktionen der Ventrikel in Frage, die leidliche Resultate ergeben haben. Vortragender selbst erinnert daran, daß die Ableitung der unter Druck stehenden Zerebrospinalflüssigkeit nicht nur am Schädel, sondern auch an der Wirbelsäule erfolgen kann. Vortragender berichtet über 2 Fälle, die er seinerzeit so operiert hat, bei denen er künstlich eine Verbindung zwischen Durasack und Peritonealhöhle erzielte. Speziell bei dem 2. Falle, bei dem eine Spina bifida vorlag, hat eine Kommunikation zwischen dem tiefsten Teil des Durasackes und der Bauchhöhle jahrelang funktioniert und ein Wachstum des sich vor der Operation vergrößernden Schädelumfanges verhindert, so daß sich das Kind geistig normal entwickelte. Es stellte sich aber bei diesem Falle heraus, daß es im allgemeinen richtiger sein wird, die Verbindung von Dura spinalis und Peritoneum nicht durch einen Seidenfadendocht zu machen, wie es Vortragender seinerzeit tat, sondern möglichst durch ein lebendes Gefäß mit gut erhaltenen Endothelien zu bewirken. Vortragender empfiehlt diese Art der Ableitung in geeigneten Fällen, wenn die Probepunktion intraspinal eine Drucksteigerung ergeben hat und wenn die Probepunktion gezeigt hat, daß ein Ablassen aus dem Spinalkanal für den Kranken nicht schädlich ist (im Gegensatz zu Tumoren). Zum Schluß betont Vortragender die große Schwierigkeit, für die einzelnen Hydrozephalusformen bestimmte Operationsarten anzuwenden und schließt sich der von anderer Seite betonten Bedeutung der Röntgendurchleuchtung an, die wenigstens einigermaßen vorher zeigen kann, wieviel Gehirnsubstanz noch erhalten ist.

Diskussion: v. Mettenheimer weist auf die Hilfe der Durchleuchtung des Schädels nach Straßburger zur Diagnosenstellung und zur Indikationsstellung für operative Eingriffe hin.

Göppert glaubt, daß die von Heile zuletzt erwähnte Modifikation seiner Technik unbedingt nötig ist. Die Commissura posterior

des Arachnoidalraumes besitzt eine so große Proliferationsfähigkeit, daß z. B. die ganze Lücke im Spinalkanal durch einen von hier ausgehenden Tumor verschlossen werden kann.

7. **Siegfried Wolff** (Wiesbaden): „*a*) *Multiple Enterospasmen. b*) *Hystero-Neurasthenie.*" (Demonstration.)

Säugling im Alter von 5½ Monaten am 7. Jänner 1913 wegen Unterernährung in elendem Zustande in die Klinik aufgenommen. Eigenartig nervöses Verhalten, allzulebhaftes Umherschauen. Keine meningitischen, keine Tetaniesymptome. Pirquet bei öfterer Wiederholung stets stark positiv. Rapide Zunahme von zirka 700 g in 3 Wochen, d. h. zirka 35 g täglich und Längenwachstum von 3 cm bei Milchschleimmischung. Plötzlich am 25. Jänner starkes Erbrechen. Reduktion der Milch und Magenspülungen ohne Erfolg. Ausheberung längere Zeit selbst eine Stunde nach Nahrungsaufnahme nicht möglich, da erst nach längerem Spülen etwas Mageninhalt kam, dann allerdings in großen Mengen. Diese Erscheinung ist wohl als Spasmus des Magens zu deuten, der den Kaseinklumpen fest umschloß und erst nach längerer Zeit, als durch die Spülungen der Spasmus nachließ, die Entleerung ermöglichte. Gesamtazidität am 31. Jänner 85, deshalb Übergang auf Malzsuppe und Karlsbader Wasser. Danach am 4. Februar Gesamtazidität 46. Trotzdem Weiterdauer des Erbrechens. Kokain und Nahrungsdarreichung von kleinsten Mengen Buttermilch ohne Erfolg.

4. bis 8. Februar Obstipation infolge Enterospasmus und Spasmus des Sphinkter ani. Kein Erfolg von Extr. belladonnae. Jetzt sehr ausgesprochener Pylorospasmus. Da nach Sondenfütterung Erbrechen seltener, was deutlich für Mitbeteiligung des Saugreizes am Auslösen des Spasmus spricht, Ernährung mehrere Tage lang mit der Sonde. Nach einigen Tagen Wegfall dieses Vorteiles, da das lebhafte Kind an der Sonde saugt. Übergang auf stündlich 10 g eisgekühlte Ammenmilch. Trotzdem heftiges Erbrechen, besonders bei kleinstem Versuch zur Steigerung. Ebenso gelabte Vollmilch ohne Erfolg. 15. Februar Spasmus des Sphinkter vesicae urinar. 16. Februar sehr ausgesprochener Kardiospasmus. Versuch, durch konsistentere Nahrung den Zustand zu bessern, mißlungen. Kind äußerst elend, hat in 3 Wochen zirka 1000 g abgenommen. Sofortiger Umschwung der Erscheinungen nach Darreichung von 2stündlich 20 g konzentrierter Maltose-Eiweißmilch, da durch diese hochkalorische Nahrung der Kalorienbedarf bei kleinsten Mengen Nahrung gedeckt war. Natürlich Flüssigkeitszufuhr durch subkutane Kochsalzinfusionen nötig. Zur Beruhigung des Kindes Pantopon. Hauptsache aber wohl die kleinen Mengen, die ja immer in der Therapie des Pylorospasmus die Hauptrolle spielen. Das „zielbewußte Lavieren" (Ibrahim) natürlich mit solch hochkalorischer Nahrung leicht. In der Rekonvaleszenz einige Male Rumination. Trotzdem und trotz schwerer Zystitis und Rhinitis glänzende Erholung. Kind hat in 3 Wochen seit der Maltose- (Eiw.-M.-) Darreichung wieder 1000 g zugenommen, ohne Ödeme und auch weiterhin im Durchschnitt täglich 35 g, sieht blühend aus. Es lag also vor: Spasmus des Pylorus, der Kardia, des Sphinkter vesicae, des Sphinkter ani, Enterospasmus und Rumination, also im wahrsten Sinne des Wortes eine Enterospasmophilie. Elektrische Werte aber stets normal gewesen und auch sonst keine Zeichen spasmophiler Diathese.

Besonders interessant ist der Fall noch dadurch, daß ein tuberkulös infizierter Säugling alle diese schweren Erscheinungen so gut überwand.

Diskussion: Engel (Düsseldorf): Offenbar handelte es sich um einen auf mehr neuropathischer Grundlage beruhenden Pylorospasmus. Es erscheint daher zweifelhaft, ob gerade die Maltose (Eiw.-M.) den Umschwung zum Besseren herbeigeführt hat. Vor Verallgemeinerung ist daher zu warnen.

Wolff (Schlußwort) macht darauf aufmerksam, daß er das bereits in seinem Vortrag betont habe.

b) Hystero-Neurasthenie: 12½jähriges Mädchen aus gesunder Familie. Bis zum 8. Jahre ganz gesund. In der Schule eine der Besten. Damals nach doppeltem Schreck Beginn der Erkrankung mit Zuckungen, Kopfbewegungen, Grimmassieren usw. Seit einem Jahre unaufhörlich Koprolalie und Speien. Von 12 Ärzten, Naturheilkundigen und Kurpfuschern für Veitstanz erklärt. Gegen Chorea aber sprach:

1. Fehlen jeder Hypotonie.
2. Fehlen des Gordonschen Phänomens.
3. Unterdrückbarkeit der Bewegungen.
4. Geringerwerden und Aufhören bei intendierten Bewegungen und Ablenkung, während die Koprolalie das Speien, die Suggestibilität, zahlreiche Phobien und eigenartiges Verhalten (Kind führt Messer bis an die Schläfe, ohne sich aber zu verletzen u. dgl. m.) für die Diagnose Hysteroneurasthenie sprechen. Gegen eine so lang dauernde Chorea spricht auch die außerordentlich hohe Intelligenz, die sich u. a. auch im Assoziationsversuch offenbart. Es ergab der Ablauf der meisten Assoziationen in der ersten Sekunde das Fehlen jeder Wiederholung und prädikativen Form, Vermehrung der äußeren Assoziationen und im Münsterbergschen Schema eine hauptsächliche Beanspruchung der Felder SS, AA, VV.

Für die Diagnose einer Neurose spricht auch der Erfolg der Therapie. Schon nach Suggestion und Hypnose hörte innerhalb eines Monates das Spucken völlig auf. Eine ganz auffallende Besserung aber trat seit einem Monat ein, indem die von Faust-Oldesloe (Med. Kl., 1913, Nr. 2) inaugurierte disziplinierte Hemmungstherapie durchgeführt wurde. Voraussichtlich wird diese auch noch weiter wirken und vielleicht eine Heilung des sehr unangenehmen Zustandes bewirken. Ein stark suggestibler Einfluß ist vorläufig dauernd nötig, da ohne diesen, wie sich gezeigt hat, leicht eine Verschlimmerung eintritt.

8. **Georg Koch** (Wiesbaden): „*Myalonia congenita.*“ (Demonstration.)

Mangelhafte statische Funktionen in der ersten Kindheit lassen sich im allgemeinen auf die Erkrankung dreier Systeme zurückführen.

1. Des Knochensystems.
2. Des Gehirns- und Nervensystems.
3. Des Muskelsystems.

Am häufigsten und jedem Arzte wohl am geläufigsten ist die Rachitis als Ursache mangelhafter und verspäteter Gehfähigkeit. Die Rachitis wird deswegen auch nicht selten speziell beim Säugling als Grund für die Unfähigkeit zu sitzen und zu stehen angeschuldigt, während in Wirklichkeit eine Erkrankung des Nervensystems oder des Muskelsystems vorliegt. Mit Recht hat daher Czerny in seinem vorigjährigen Vortrage in dieser Vereinigung „über die Pathologie der Muskulatur des Kindes“ betont, daß die Pathologie des Muskelsystems noch weiterer Forschung bedarf, da von Muskelanomalien beim Säugling nur die von Oppenheim beschriebene Myatonia congenita näher bekannt ist. Allerdings läßt sich nicht verkennen, daß die klinische Erkennung auch dieser schon seit 1900 bekannten Erkrankung häufig auf Schwierigkeiten stößt, weniger in den ausgeprägten und unkomplizierten Fällen als vielmehr in den rudimentären Formen und in denjenigen Fällen, wo Zweifel darüber entstehen, ob es sich um eine reine Form von Myatonie handelt oder ob die Erkrankung zu demjenigen Typ der progressiven Muskelatrophien zuzu-

zählen ist, den man als frühinfantile und familiale spinale Muskelatrophie (Typ Werdnig-Hoffmann) bezeichnet.

Auch in dem vorliegenden Falle zeigen sich Abweichungen von dem typischen Bilde der Myatonie. Es handelt sich um das 2. Kind gesunder Eltern, das jetzt $1^1/_4$ Jahre alt ist. Nervenkrankheiten sind in der Familie nicht vorgekommen. Die Schwangerschaft verlief normal. Kindsbewegungen hat die Mutter gespürt. Die Geburt verlief glatt. Die Ernährung geschah 3 Wochen an der Brust, dann mit Milch und Haferschleim. Im August vorigen Jahres hatte das Kind Durchfall. Im Dezember wurde es von seinem Bruder mit Masern angesteckt.

Das Kind bewegte Arme und Beine, so daß der Mutter zunächst nichts auffiel und erst mit 6 Monaten etwa bemerkte die Mutter, daß es nicht sitzen konnte, leicht nach hinten fiel und auch den Kopf nicht aufrecht halten konnte. Den ersten Zahn bekam das Kind mit 7 Monaten. Krämpfe hat es nie gehabt.

Der Ernährungszustand des Kindes ist im allgemeinen nicht schlecht. Die Haut ist rosig und gut durchblutet. Das Fettpolster ist reichlich entwickelt, das Fettgewebe zeigt speziell an den unteren Extremitäten eine ziemlich derbe Beschaffenheit. Drüsenschwellungen sind nicht nachzuweisen. Das Skelett zeigt keine Zeichen von Rachitis, die Fontanelle ist fast geschlossen. Es sind 6 Zähne vorhanden. Wenn auch die Beweglichkeit der Beine ziemlich ausgiebig erfolgen kann, so besteht doch eine erhebliche Hypotonie und eine besonders starke passive Hypermotilität in den proximalen Gelenken, so lassen sich die Beine ohne Schwierigkeit auf den Rücken zusammenschlagen, die Beweglichkeit der Füße und Zehen ist offenbar nicht wesentlich beeinträchtigt. Auch die Bewegungsfähigkeit der Arme scheint nicht sehr herabgesetzt, wenn auch eine unverkennbare Schwäche vorhanden ist. Deutlich ist auch die Kraftlosigkeit der Hände, so daß das Kind Spielzeug meist bald fallen läßt. Auffällig ist an beiden Händen eine merkwürdige Eindellung auf dem Handrücken, die wohl auf einem Mangel an Ausbildung des Fettpolsters beruht, denn die Bewegungsfähigkeit der Finger ist nicht beschränkt. Beim Aufheben unter den Armen lassen sich die schlecht fixierten Schulterblätter weit in die Höhe schieben (lose Schultern). Auffällig ist die ziemlich beträchtliche Schwäche der Nackenmuskulatur, so daß das Kind den Kopf nur schwer aufrecht halten kann, meist sinkt derselbe nach vorn. Am stärksten befallen ist die Rücken- und Beckenmuskulatur, so daß ein Sitzen überhaupt unmöglich ist. Die Bauchmuskulatur zeigt keine Abweichungen vom normalen Tonus. Die Zunge wird gerade hervorgestreckt und zeigt nichts Abnormes. Die Gesichtsmuskeln sind gut innerviert. Auffällig ist ein ziemlich starkes Augenzittern. Blase und Mastdarm scheinen gut zu funktionieren. Die Patellarreflexe sind deutlich, wenn auch schwach, ebenso der Achillessehnenreflex. Bauchdeckenreflex fehlt beiderseits. Mechanische Erregbarkeit der Muskeln durch Beklopfen ist nicht auszulösen. Fazialisphänomen ist negativ. Pupillen sind beiderseits gleich und reagieren prompt. Die Schmerzempfindung scheint intakt, die Psyche nicht beeinträchtigt. Die inneren Organe zeigen keinen pathologischen Befund. Die elektrische Untersuchung ergibt eine wesentliche Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit sowohl für den faradischen als auch den galvanischen Strom, der Muskeln sowohl wie der Nerven, aber keine Entartungsreaktion. Und zwar ist die Erregbarkeit für den galvanischen Strom stärker herabgesetzt als für den faradischen (im Gegensatz zu den Angaben von Collier und Wilson und Chéné).

Trotz mancher Abweichung, die dieser Fall bietet, können wohl doch erhebliche Bedenken über die Einreihung desselben in die Gruppe der Myatonia congenita nicht entstehen. Abweichend in gewisser Beziehung ist die Lokalisation der Muskelanomalie, indem im wesentlichen die Nacken-, Rücken- und Beckenmuskulatur befallen ist, während die

Schwäche der unteren Extremitäten weniger ausgeprägt ist. Abweichend verhalten sich auch die Patellarreflexe, die deutlich auslösbar, wenn auch schwach sind. Für Myatonie spricht das Fehlen familialer Einflüsse, der Ausfall der elektrischen Prüfung, die Symmetrie der Lähmungen ohne sichtbare Muskelatrophie, die unverkennbare Neigung zur Besserung, differentialdiagnostische Merkmale, die den Fall auch hinreichend von der familialen Werdnig-Hoffmannschen spinalen Muskelatrophie abgrenzen. Was den in unserem Falle vorhandenen Nystagmus betrifft, so beruht derselbe wohl auf einer angeborenen Schwachsichtigkeit. Ob man denselben als eine angeborene Schwäche der Augenmuskeln auffassen darf, als Ermüdungserscheinung analog dem Nystagmus der Bergwerksarbeiter, möchte ich nicht entscheiden. Wenn Thorspecken in seiner Arbeit im Jahrbuch für Kinderheilkunde im Sinne Czernys die Aufmerksamkeit auf die rudimentären Formen der Myatonie lenkt und behauptet, daß vielleicht manchen hypotonischen Zuständen junger Säuglinge die gleiche Ursache wie dem ausgesprochenen Bilde der Myatonie zugrunde liegt, so kann man dem wohl nur beipflichten.

Diskussion: Lust (Heidelberg) berichtet über einen an der Heidelberger Klinik beobachteten Fall von schwerem durch Kontrakturen der oberen Extremitäten komplizierten Fall von Myatonie, der von Dr. Kaumheimer eingehend bearbeitet und von ihm demnächst publiziert werden wird. Die p. m. vorgenommene histologische Untersuchung ergab schwere degenerative Veränderungen der Muskulatur der peripheren Nerven, vor allem aber solche in der Medulla oblongata und im Rückenmark, und zwar in den Vorderhörnern und den Clarkschen Säulen. Irgend welche Hinweise auf entzündliche Veränderungen fanden sich dagegen nicht. Die Annahme einer fötalen akuten Poliomyelitis ist daher abzulehnen.

v. Mettenheimer (Frankfurt a. M.) findet in dem vorgestellten Falle Ähnlichkeit mit dem Mongolismus und schlägt eine Röntgenuntersuchung vor.

Georg Koch (Schlußwort): Abgesehen von der Hypotonie zeigt der Fall keine Ähnlichkeit mit Mongolismus. Die für Mongolismus charakteristischen Veränderungen des kleinen Fingers und des Daumens, die sich auch schon durch äußere Inspektion erkennen lassen, fehlen in diesem Falle, es dürfte daher auch der Röntgenbefund weniger in Betracht kommen. Auch die sonstigen typischen Merkmale des Mongolismus, die Veränderungen des Schädels, des Haarwuchses, der Augenstellung, der Ohren, des Abdomens sind nicht vorhanden. Es spricht also nichts für Mongolismus.

9. **Götzky** (Frankfurt a. M.): *„Zur klinischen Diagnose der Lues congenita mit besonderer Berücksichtigung des Röntgenbildes."*

Demonstration zahlreicher Röntgenplatten von Kindern mit Zeichen von Lues der Knochen, aus denen die Lues lediglich aus Knochenveränderungen diagnostiziert werden kann, ohne weitere klinische Symptome.

Diskussion: v. Mettenheimer hebt die Wichtigkeit der Befunde hervor, speziell in bezug auf die Frage, ob diese Fälle antiluetisch zu behandeln sind und ob dieselben infektiös sind.

Engel.

Rosenhaupt.

Besprechungen.

Emil Schümer. *Beitrag zur Kenntnis der Poliomyelitis anterior chronica, der Polyneuritis und der Meningitis spinalis chronica, unter besonderer Berücksichtigung ihrer Differentialdiagnose.* (Sammlung wissensch. Abhandl., H. 5, Langensalza, 1913, M. 1.20.)

Enthält eine eingehende Schilderung der 3 Krankheitsbilder mit besonderer Betonung der Unterscheidungsmerkmale sowie die Krankengeschichten je eines Falles von Poliomyelitis ant. chronica, Leptomeningitis chronica respektive Polyneuritis. H. Vogt.

Hermann Horrix. *Die Ausbildung des Hilfsschullehrers.* Ein Vorschlag zu ihrer Förderung. (C. Marhold, Halle, M. 1.—.)

Verf. schildert die zurzeit bestehenden Einrichtungen für die Ausbildung der Hifsschullehrer und begründet eingehend seinen Vorschlag, eigene Seminare für diesen Zweck zu errichten. Wie er sich die Aufgabe dieser Seminare denkt, zeigt ein sorgfältig ausgearbeiteter Lehrplan, der eine einjährige Ausbildungszeit voraussetzt. H. Vogt.

Inhalt.

W. Birk. *Die Therapie der Kinderkrankheiten im Jahre 1912. (Sammelreferat.) 289.* — **Berichte.** *Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien 322. — Vereinigung südwestdeutscher Kinderärzte 326. — Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde 335. — Südwestdeutsche und niederrheinisch-westfälische Vereinigung für Kinderheilkunde 345.* — **Besprechungen. Schümer.** *Beitrag zur Kenntnis der Poliomyelitis anterior chronica 356.* — **Horrix.** *Die Ausbildung des Hilfsschullehrers 356.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin W. 50., Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny Berlin | **Göppert** Göttingen | **Knöpfelmacher** Wien | **Moro** Heidelberg | **Thiemich** Leipzig | **Tobler** Breslau

Berend Budapest | **Comba** Florenz | **Johannessen** Kristiania | **Koplik** New-York | **Marfan** Paris | **Thomson** Edinburg | **Wieland** Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis der Abteilung „Referate" (ca. 50 Bogen) Mk. 24.—.
Preis der Abteilung „Originalien" (ca. 35—40 Bogen) Mk. 20.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XII. **Referate.** Nr. 5.

Physiologie und allgemeine Pathologie.

Mello Leitao (Rio de Janeiro). *Pression artérielle chez l'enfant.* (Arch. de méd. des enfants, Bd. XVI, H. 2.)

Messungen des systolischen und diastolischen Druckes. Die Ernährung hat im Säuglingsalter deutlichen Einfluß auf den Blutdruck: bei künstlich genährten Kindern bleiben die Werte im Durchschnitt hinter denen von Brustkindern zurück.

Thorspecken (Bremen).

Carpenter and **Gittings.** *The coagulation time of blood in infants and children.* (Die Dauer der Blutgerinnung bei Kindern.) (Americ. Journ. Dis. Children, Januar 1913.)

Verff. finden große Variationen auch bei gleichen Krankheitszuständen; auch bei normalen Kindern schwankt die Gerinnungszeit zwischen 5 und 14 Minuten, bei kranken sind vielfach die Grenzen kaum verschieden. Eine Ausnahme findet man bloß bei den wirklich hämorrhagischen Erkrankungen. Das Hauptgewicht wird auf die Wahl einer guten Bestimmungsmethode gelegt; dann sind Abweichungen von einigen Minuten bei der klinischen Beobachtung als unbedeutend am besten zu verwerfen.

Wachenheim (New York).

Edmund Herrmann und **Julius Neumann.** *Über den Lipoidgehalt des Blutes normaler und schwangerer Frauen sowie neugeborener Kinder.* (Biochem. Zeitschr., Bd. XLIII, 1912, S. 47.)

Gravide Frauen haben einen erhöhten Gehalt an Cholesterinester und Neutralfett; Neugeborene zeigen eine Herabsetzung des

Cholesterinestergehaltes und einen etwas geringeren Neutralfettgehalt. Orgler.

Maurice Nicloux. *Mécanisme du passage de l'oxyde de carbone de la mère au foetus et des respirations placentaire et tissulaire.* (Arch. mens. d'Obstétr. et de Gyn., XVIII, p. 42.)

Eine Zusammenstellung früherer Untersuchungen über den Übergang von Kohlenoxyd von der Mutter auf den Fötus. Verf. beschäftigt sich insbesondere mit der Frage, wie dieser Übergang mechanisch zu erklären ist, und kommt zu der Auffassung, daß bei Vergiftung mit Kohlenoxyd eine — allerdings extrem kleine — Menge von Kohlenoxyd im Blutplasma gelöst wird. Diese geht in das Blutplasma des Fötus über, wird dort von den Blutkörperchen an sich gerissen und so findet allmählich ein Austausch zwischen mütterlichem und fötalem Blut statt, bis das letztere ebenso viel Kohlenoxyd enthält wie das erstere. Auch bei der normalen Respiration ist das Plasma der Sauerstofftransporteur bei dem Austausch zwischen Mutter und Fötus. A. Keller (Berlin).

L. Asher. *Beiträge zur Physiologie der Drüsen.* XVIII. Mitteilung: **H. Vogel.** *Fortgesetzte Beiträge zur Funktion der Milz als Organ des Eiweißstoffwechsels.* (Biochem. Zeitschr., Bd. XLIII, 1912. S. 386.)

Bei Fütterung junger Hunde mit eisenfreier Nahrung steigt anfangs die Blutkörperchenzahl mit dem Hämoglobingehalte, um nach kurzer Zeit wieder zur Norm zurückzukehren. Nach Entfernung der Milz sinken Blutkörperchenzahl und Hämoglobingehalt bei eisenarmer Ernährung. Wird eisenreiche Nahrung (Fleisch, Hundekuchen) gegeben, so treten wieder normale Werte für Hämoglobin und Blutkörperchen auf. Auf das Wachstum und die Entwicklung der Hunde hat die Milzentfernung keinen Einfluß.

Orgler.

Külbs (Berlin). *Über den Einfluß von Bewegungen auf den wachsenden und erwachsenen Organismus.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 41, S. 1916—1919.)

Bei Hunden konnten durch regelmäßige Muskelarbeit außer der Zunahme der Skelettmuskulatur erheblich höhere Gewichte der inneren Organe, besonders von Herz und Leber, erzielt werden als bei Kontrolltieren von gleichem Wurf und Geschlecht, außerdem ein bedeutend höherer Lezithingehalt des Herz- und Leberfettes und Auftreten von rotem Mark in den langen Röhrenknochen. Die Unterschiede waren bei ganz jungen Tieren am stärksten, aber auch bei fast ausgewachsenen noch deutlich. 6 Monate lang im Käfig gehaltene wilde Kaninchen zeigten Abnahme ihres relativen Herzgewichtes und Zunahme des Fettgehaltes im Herzmuskel.

Nagel-Hoffmann.

Herrman. *100 infants followed from birth to the end of the first year.* (Beobachtung von 100 Kindern durch das erste Lebensjahr.) (Arch. of Ped., Februar 1913.)

Die Resultate sind recht interessant: die Variationen innerhalb scheinbar normaler Grenzen beträchtlich, indem kaum ein Viertel der Kinder im selben Lebensmonat gleiche Fortschritte nachwies. Das Zahnen schwankte z. B. bei 76% innerhalb 4 Monaten, das Gehen bei dem gleichen Satz innerhalb 3 Monaten. Ähnlich beim Fontanellenverschluß. Die Arbeit ist zur Darstellung der normalen Abweichungen von Interesse. Gute Diagramme und Tafeln.

Wachenheim (New York).

Lesage et **Collin.** *A propos de la résistance à la fatigue chez le jeune enfant.* (Arch. de méd. des enfants, Bd. XVI, H. 1, p. 34.)

Die eigentümliche Erscheinung der Schwerermüdbarkeit kleiner Kinder (bis zu zirka 2 Jahren und Monaten), die die Autoren an gleicher Stelle im vorigen Jahre beschrieben haben, hat nichts mit den von Epstein beschriebenen kataleptischen Kindern zu tun. Sie ist vielmehr eine durchaus physiologische Erscheinung, dermaßen, daß ihr Vorhandensein im Zweifelsfall gegen Idiotie oder Imbezillität des Kindes spricht, während die Persistenz des Symptoms über das genannte Alter hinaus als ein psycho-neuropathisches Zeichen anzusehen ist.

Thorspecken (Bremen).

Diagnostik.

Marfan, Ménard et **Saint-Girons.** *Utilité de la recherche d'une peroxydase dans les liquides pathologiques. Essais de peroxydodiagnostic.* (Bull. et mémoir. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 4. Juli 1912.)

Die Verff. weisen darauf hin, daß man sich mit der Bourquelotschen Guajakreaktion gegebenenfalls, z. B. bei einer Spinalpunktion, schnell und ohne mikroskopische Untersuchung von dem eitrigen Charakter einer Flüssigkeit überzeugen kann. An sich beweist die Reaktion nichts weiter als das Vorhandensein polynukleärer Leukozyten.

Thorspecken (Bremen).

Pharmakologie und Toxikologie.

Siegfried Wolff. *Kasuistischer Beitrag zu der Arbeit von Döbeli: Über die Verwendung von Opiaten im Kindesalter.* (Monatschr. f. Kinderheilk., Bd. XII, S. 77.)

Verf. hält die von Döbeli für Pantopon angegebene Dosierung für zu hoch, und zwar auf Grund von 3 Beobachtungen.

1. Fall: 1jähriger Knabe mit Dysenterie bekommt nach $^1/_{10}$ Tropfen einer 2% Pantoponlösung = $^1/_{10}$ mg Pantopon einen schwersten Kollaps, während die Dosis nach Döbeli 1mg betragen durfte.

2. Fall: 6monatiges Mädchen mit Pylorospasmus bekommt statt der ihm nach Döbeli zukommenden Einzeldosis von 0·5 mg Pantopon 2 × 0·25 und wird nach der 2. Gabe außerordentlich schlaff und reaktionslos.

3. Fall: 4jähriges Mädchen mit Bronchialdrüsentuberkulose wird schon nach dem 6. Teil der Döbelischen Dosis sehr matt und schläft danach so fest und lange, daß man annehmen muß, eine höhere Dosis wäre vielleicht gefährlich geworden.

Verf. meint daher, daß man auch beim Pantopon sehr vorsichtig sein müsse und immer erst mit kleineren Dosen beginnen solle. Autoreferat.

Schüffner und **Vervoort** (Deli, Sumatra). *Das Oleum chenopodii gegen Ankylostomiasis und eine neue Methode der Wertbestimmung von Wurmmitteln.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 3.)

Die Autoren empfehlen besonders lebhaft auf Grund von ausgedehnten vergleichenden Prüfungen das Oleum chenopodii als Wurmmittel. Es erweist sich sowohl gegen Ankylostomum wirksam wie gegen Ascaris, worauf von Brüning bereits aufmerksam gemacht wurde. Leider ist es ziemlich teuer. Der „Wirkungskoeffizient" (siehe Original) ist

für	Oleum Eucalypti	gegen	Ankylostomum	38,	Ascaris 12
„	Naphthol	„	„	68,	„ 18
„	Thymol	„	„	83,	„ 78
„	Oleum Chenopodii	„	„	**91**,	„ **87**

Klotz.

Ernst Romberg (München). *Über Digitalis.* (Münchener. med. Wochenschr., 1913, Nr. 1.)

Nach kurzen allgemein orientierenden Ausführungen über die Digitaliswirkung lenkt Romberg die Aufmerksamkeit auf die physikalische Beschaffenheit des Herzmuskels, die heute noch zu wenig bei der Beurteilung der Pharmakodynamik gewürdigt werde. Wir beachten wohl das Kontraktionsvermögen, sollten aber Dehnbarkeit, Elastizität usw. des Herzmuskels auch berücksichtigen. Auch das Verhalten der Gefäße unter Digitalis weist auf die Wichtigkeit des Gefäßtonus und seines Studiums hin.

Je mehr ein Digitalispräparat den Magen irritiert, um so langsamer erfolgt seine Resorption. Allen Digitalispräparaten ist gemeinsam, daß sie langsamer ausgeschieden als resorbiert werden, „kumulieren". Wenn daher ein Präparat als nicht kumulierend angepriesen wird, so kennzeichnet sich seine Wirksamkeitsstärke dadurch nicht gerade empfehlenswert. Ein gutes Präparat ist Digipuratum.

Auch die titrierten pulverisierten Blätter in Pillen und Pulverform sind ausgezeichnet.

Romberg glaubt nicht, daß das gelegentliche Versagen der Digitaliswirkung immer auf Stauungen im Pfortaderkreislauf (Fränkel) zurückzuführen ist. In einigen Fällen freilich ist sicher die mangelhafte Resorption im Sinne Fränkels schuld; das beweist der prompte Erfolg intravenöser Strophantingaben nach erfolgloser oraler Digitalisverabreichung. Klotz.

Steensma. *Einige therapeutische Applikationen von Kalziumchlorid.* (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1912, II, 1623.)

Nachdem aus diebezüglichen pharmakologischen Studien von H. Meyer sich ergeben hatte, daß bei der Entziehung von Kalzium aus dem Körper eine Neigung zu Hauteffektionen auftritt, hat sich Steensma die Frage gestellt, ob die Empfänglichkeit einzelner Individuen zu Affektionen der Haut vielleicht auf Herabsetzung des Gehaltes an Kalziumsalzen im Blute und in den Geweben beruht.

Es wurde nun bei Erkrankungen der Haut, und zwar in ein paar Fällen von Lupus erythematosus und bei einem Falle von Urtikaria bei einem 2jährigen Kinde, zu therapeutischen Zwecken Kalzium verordnet, und mit solchem Erfolge, daß Steensma zu weiteren Heilversuchen mit diesem Mittel anregt.

Das Mittel wird verordnet als Chloretum Calcium crystallisatum in einer Einzeldosis von 1 g bei Erwachsenen und $^1/_2$ g bei jungen Kindern, 2mal täglich. Graanboom.

Alfred Fürstenberg. *Physiologische und therapeutische Wirkungen des Radiums und Thoriums.* (Sammlung zwangloser Abhandl. a. d. Geb. d. Verdauungs- u. Stoffwechselkrankh., Bd. IV, H. 4, M. 1.80.)

Wie Verf. im Vorwort schreibt, ist die Zahl der Abhandlungen, die sich mit den radioaktiven Substanzen befassen, schon auf mehr als 1000 angewachsen. Schon wird das Wissen auf diesem Gebiet in umfangreichen Handbüchern verarbeitet. Da wird auch das vorliegende Heftchen vielen erwünscht kommen, denen es mehr um einen Überblick auf das bisher Erreichte als um tiefer eindringendes Studium zu tun ist. H. Vogt.

E. Barrington-Ward. *Hedonal-anaesthesia: its use in children.* (Brit. Journ. child. dis., Jan. 1912.)

70 Kinder wurden durch intravenöse Injektion von Hedonal anästhesiert (vorher lokale Anästhesierung der Injektionsstelle). Ein Kind mit tuberkulösen Nackendrüsen ging in der Narkose zugrunde; die Sektion ergab „Status lymphaticus".

Die Vorteile der Methode sind: für den Patienten die geringeren Unannehmlichkeiten bei Einleitung der Narkose und nahezu völliges Fehlen von Nachwirkungen (Erbrechen ist sehr selten); für den

Operateur die völlige Erschlaffung der Muskulatur, Wegfall der Behinderungen bei Operationen am Kopfe, Fehlen des Hustenreizes bei Eingriffen am Brustkorbe. Andrerseits ist Hedonal nicht ungefährlich, da Pupillen- und Konjunktivalreflexe zeitig verschwinden; nur Hautreflexe ermöglichen es, die Tiefe der Narkose zu kontrollieren, und in dem Augenblicke ihres Verschwindens besteht schon Gefahr des Atmungsstillstandes. Da Hedonal überdies sehr langsam ausgeschieden wird, ist im Falle einer Überdosierung der Patient kaum mehr zu retten. Schwierigkeiten bereitet auch die schwankende Weite der zu wählenden Vene (saphena oder basilica). Kontraindiziert ist Hedonal bei kurzen Operationen, wegen der unverhältnismäßig lange dauernden Vorbereitungen, und bei Bauchoperationen, für welche Spinalanästhesie empfehlenswerter sei. Eckhardt.

Serologie und Immunitätslehre.

E. W. Goodall. *Hypersensitiveness.* (Brit. Journ. child. dis., Oct. 1912.)

Historisches über Serumanaphylaxie im Tierexperiment und beim Menschen. — Verf. selbst hat bei 181 Personen, die bei einer zweiten Diphtherieerkrankung zum 2. Male Serum injiziert erhielten, in 64% der Fälle anaphylaktische Erscheinungen beobachtet, d. h. noch einmal so oft, als sie bei erstmaliger Injektion aufzutreten pflegen. — Es folgt eine Besprechung der zur Erklärung der Anaphylaxie aufgestellten Theorien. Sodann geht Goodall auf die Theorie Richets ein, daß die Anaphylaxie ein Schritt zur Produktion von Immunität sei. Er weist diese Theorie zurück: während die nachgewiesene Verminderung der bakteriziden Kraft des Blutes nach Injektion von Bakterienvakzinen vorübergehend sei und ihr eine positive Phase von langer Dauer folge, sei die (erworbene) Serumanaphylaxie ein dauernder Zustand vielleicht fürs ganze Leben. Parallelen zwischen dem Latenzstadium bei Serumkrankheit nach der 2. Injektion und der Inkubationszeit von Infektionskrankheiten seien ebenfalls nicht vorhanden. Die Ähnlichkeit sei nur scheinbar: die Exantheme bei Serumkrankheit sind uncharakteristisch, auch bleibt ja bei Infektionskrankheiten eine Immunität zurück, während die Seruminjektion im Gegenteil eine Überempfindlichkeit erzeugt. Eher könnte man die Erscheinungen von Idiosynkrasie gegen gewisse Nahrungsmittel, die nach manchen Insektenstichen auftretenden Zustände usw. mit der Serumanaphylaxie zusammenbringen.

Eckhardt.

A. Uffenheimer (München). *Harngiftigkeit und Anaphylaxie.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 50, S. 2358—2359.)

Weder sterben alle mit Masernurin behandelten Tiere noch unterscheiden sich Masern in der Harngiftigkeit von Scharlach und

anderen Infektionskrankheiten. Vielleicht beruht die Giftigkeit auf Stoffen anaphylaktischer Natur. Nagel-Hoffmann.

James W. Jobling und **Salomon Strouse.** *Untersuchungen über Fermentwirkungen. 5. Immunisierung mit proteolytischen Spaltprodukten der Pneumokokken.* (Journ. exper. med., Bd. XVI, S. 860—867.)

Das eiweißspaltende Ferment der Leukozyten bewirkt einen tiefer ergreifenden Abbau der Leibessubstanz der Pneumokokken als das in den Pneumokokken enthaltene autolytische Ferment. Die Injektion derartiger Spaltprodukte führt bei Kaninchen zum Auftreten von Immunkörpern im Blute. Das legt die Vermutung nahe, daß ein Abbau der Pneumokokken für die Ausbildung der Immunität Bedeutung hat. H. Vogt.

Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.

F. G. Crookshank. *Some considerations on infant feeding.* (Brit. Journ. child. dis., Nov. 1912.)

Um gesunden Nachwuchs zu erhalten, hält Crookshank nicht nur die natürliche Ernährung des Säuglings, sondern auch eine „natürliche", d. h. nicht denaturierte Nahrung im späteren Kindesalter und beim Erwachsenen für nötig; denn die Ernährungsart des Erwachsenen, besonders der Mutter, spiele für die Aussichten des Kindes in bezug auf Leben und Gesundheit eine große Rolle. (Verf. glaubt z. B., daß Erscheinungen von Rachitis bei Brustkindern in der früheren unzweckmäßigen Ernährung der Mutter ihren Grund haben könnten.) — Crookshank polemisiert besonders gegen die (in England offenbar sehr verbreitete) Ernährung des Säuglings mit „Patentnahrungen" und befürwortet frische (rohe) Kuhmilch, am besten sobald wie möglich Vollmilch und mit einfachen Zusätzen (Mehl, Malz). Nach dem Säuglingsalter sei Einseitigkeit in der Ernährung vom Übel. Von großer Bedeutung sei es, daß möglichst grobes Brot genossen werde, ferner z. B. die Äpfel mit der Schale, „die gerösteten Kartoffeln mit der Haut". — Die Brauchbarkeit der Kuhmilch zur Ernährung von Kindern, besonders Säuglingen, hänge ebenfalls ab von einer „natürlichen" Ernährung des Milchviehes. Entsprechend diesen Anschauungen ist Verf. der Meinung, daß man über den jeweiligen Ernährungserfolg bei einem Kinde erst zur Zeit der Pubertät ein Urteil abgeben könne.

Eckhardt.

W. Stoeltzner (Halle). *Über Larosan, einen einfachen Ersatz der Eiweißmilch.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 6.)

Larosan, Kasein-Kalzium, ist ein in wässriger Lösung neutral reagierendes, feines, geschmackloses Pulver (Hoffmann-la Roche).

Es ist gewissermaßen das „wirksame Prinzip der Eiweißmilch". Gibt man zu 1 l Halbmilch 20 g Larosan, so hat man eine Milchmischung, die der Eiweißmilch sehr nahe kommt und den Vorzug hat, sich jederzeit frisch und billig herstellen zu lassen. Was die diätetischen Erfolge der Larosanmilch anbelangt, so waren sie „mindestens" ebenso gut wie bei Eiweißmilch.

Die größte Überraschung, die der Artikel bringt, ist jedoch die, daß der Autor der Oxypathie von „Kindern mit schwererem Milchnährschaden" spricht! Ja, ja, 1913, ein Opferjahr! Klotz.

Küsel. *Feeding in relation to the teeth.* (Die Ernährung und die Zähne.) (Arch. of Ped., Januar 1913.)

Verf. bespricht die Zahnschädigung durch Milchsäure von der Zersetzung der Nahrungskohlenhydrate; die Proteine sind relativ unschädlich. Saure Früchte sollen ebenfalls nachteilig sein.

Wachenheim (New York).

U. Suzuki, T. Shimamura und **S. Odake.** *Über Oryzanin, einen Bestandteil der Reiskleie und seine physiologische Bedeutung.* (Biochem. Zeitschr., Bd. XLIII, S. 89.)

Verff. gingen bei ihren hochinteressanten Versuchen von der Beobachtung aus, daß Hühner, die mit geschältem Reis gefüttert werden, den Appetit verlieren und zugrunde gehen, während bei ungeschältem Reis normales Wachstum besteht. Die wirksame Substanz läßt sich aus dem entfetteten Reis durch heißen Alkohol extrahieren, und aus diesem Alkoholextrakte kann man mittels Pikrinsäure den wirksamen Stoff, das Oryzanin, isolieren: 0·005 bis 0·01 g dieses reinen Oryzanins dem geschälten Reis zugesetzt, genügen völlig, um Tauben am Leben zu erhalten. Auch bei Mäusen, die bei Fütterung mit geschältem Reis nach 10 bis 15 Tagen sterben, genügt die Zugabe von etwas Rohoryzanin, um sie bei dem gleichen Futter am Leben zu erhalten. Dasselbe gilt für Hunde, die mit geschältem Reis und ausgekochtem Pferdefleische gefüttert werden. Milch, Eier, Fisch- und Pferdefleisch oder ihr alkoholischer Extrakt hatten auf Tauben keine Wirkung, dagegen war bei Hunden der Alkoholextrakt des Pferdefleisches ebenso wirksam wie Oryzanin, beziehungsweise der alkoholische Extrakt der Reiskleie; für Mäuse war der Pferdefleischextrakt nicht so wirksam wie bei Hunden; Alkoholextrakt der Milch war für Mäuse auch wirksam. Hinsichtlich der Darstellung des Oryzanins und der zahlreichen Versuchsprotokolle muß auf das Original verwiesen werden. Orgler.

Lesné et **Richet fils.** *Anaphylaxie alimentaire aux œufs.* (Arch. de méd. des enfants, Bd. XVI, H. 2, p. 81.)

Die vorliegenden Erfahrungen über das Auftreten anaphylaktischer Erscheinungen nach Genuß von Eiern zusammenfassend, unterscheiden die Verff. 2 Verlaufsformen derselben. Die leichtere

und häufigere Form ist charakterisiert durch Symptome von Seiten der Haut (Urtikaria, Prurigo, Ekzem, Gesichtsödem) und des Darmkanals (Erbrechen, Leibschmerzen, Durchfall). Außerdem rechnen die Verff. hierher gewisse Fälle von Migräne der Kinder, die sie nach Ausschaltung von Eiern aus der Nahrung verschwinden sahen. Die 2. Form äußert sich unter den Erscheinungen des akuten anaphylaktischen Schocks mit Hervortreten gastrointestinaler Symptome (heftigste Leibschmerzen, blutige Durchfälle). Diese Anfälle können von einigen Stunden bis zu mehreren Tagen dauern. Vielleicht kann auch gelegentlich der Tod eintreten.

Nach Experimenten von Lesné und Dreifus verliert das Eieralbumin seine giftigen Eigenschaften nach Vorbehandlung mit Pepsin oder Pankreassaft. Eine Schädigung der Verdauungsvorgänge sei demnach die Vorbedingung für das Auftreten der Anaphylaxie, eine Hypothese, die allerdings noch der Bestätigung durch entsprechende klinische Erfahrungen entbehrt.

Durch längeres Kochen vermindert sich die giftige Eigenschaft des Albumins, und es glückte in vereinzelten Fällen durch Darreichung anfangs kleinster, allmählich größerer Mengen lang gekochten Eies die Patienten unempfindlich dagegen zu machen. Es wird empfohlen, das Ei mit Mehlspeisen verarbeitet zu geben, weil es dann auch besser vertragen wird, und gleichzeitig Pankreaspräparate oder Pepsin zu verabreichen. Thorspecken.

Milchwissenschaft und Molkereipraxis.

Comby. *Le lait desséché.* (Arch. de méd. des enfants, Bd. XVI, H. 1, p. 19.)

In dieser referierenden Übersicht der Erfahrungen über getrocknete Milch legt sich Comby zu deren Gunsten stark ins Zeug. Wenn er die Eiweißmilch mit den Bemerkungen abtut: man müsse niemals gegen den gesunden Menschenverstand verstoßen und die Eiweißmilch sei vielleicht gut für Diabetiker, aber nicht für Säuglinge, so darf man allerdings berechtigte Zweifel an Combys Vorurteilslosigkeit legen. Man hat den Eindruck, als ob er die Eiweißmilch nur durch die Brille einiger französischer Chauvinisten kennt.

Als Vorteile des Milchpulvers zählt Comby auf: Keimarmut, niedriger Preis (zirka die Hälfte von Milch), bequeme Bereitung und Anwendbarkeit in jeder gewünschten Konzentration, einfacher Transport, Haltbarkeit für mehrere Wochen (ältere Präparate verursachten Störungen!). Er hält das Milchpulver für das beste Mittel zur Bekämpfung der Sommererkrankungen. Säuglingsskorbut oder Rachitis habe man auch bei langem Gebrauch nicht auftreten sehen. Unangenehm sei nur die Neigung zur Verstopfung. Für jüngere und kranke Kinder empfiehlt sich die Verwendung des halb- eventuell des ganzentrahmten Präparates. Thorspecken.

Hohenadel (Dresden). *Untersuchungen über Yoghurt mit besonderer Berücksichtigung der Yoghurt-Trockenpräparate.* (Arch. f. Hyg., Bd. LXXVIII, S. 193.)

Die untersuchten Maya-Trockenpräparate (Tabletten und Fermente) enthielten lebende Yoghurtbakterien, selbst wenn sie mehrere Jahre alt waren. Die entgegengesetzten Befunde anderer Autoren führt Verf. auf Versuchsfehler zurück.

Th. Messerschmidt (Straßburg).

Coit. *The effects of heated and superheated milk on the infant's nutrition.* (Einfluß erhitzter und überhitzter Milch auf die Säuglingsernährung.) (Arch. of Ped., Februar 1913.)

Verf. summiert die neueren Arbeiten auf dem Gebiete. Bei Milch der gleichen Tierart hat das Kochen keinen Einfluß auf den Nährwert der Milch, bei artfremder Milch ist die gekochte Milch zuträglicher, obwohl in recht geringem Grade. Die artfremde Milch ist im ganzen relativ minderwertig. Die Qualität der Milch bildet entschieden das Hauptmoment. Wachenheim (New York).

Wilhelm Müller. *Über den Einfluß der Behandlung der Milch auf ihre Labfähigkeit.* (Biochem. Zeitschr., Bd. XLVI, 1912, S. 94.)

Kühlen der Milch bewirkt eine Verlängerung der Gerinnungszeit; diese Zunahme läßt sich stets nach 2 Stunden deutlich nachweisen, nimmt bei länger dauernder Kühlung zu und wird wahrscheinlich durch eine Änderung der Eiweißstoffe beim Kühlen, deren Natur wir nicht kennen, hervorgerufen. Auch Schütteln und Zentrifugieren der Milch ruft eine Zunahme der Gerinnungszeit hervor.

Orgler.

E. Sulkowski. *Über das Verhalten der Milch zu Ammonsulfat und ein neues Verfahren zur Bestimmung des Milchzuckers.* (Zeitschr. f. physiol. Chem., Bd. LXXVIII, 1912, S. 89.)

Verf. empfiehlt folgendes Verfahren zur Milchzuckerbestimmung: 50 cm^3 Milch werden in einem etwas breithalsigen, graduierten mit Glasstöpsel versehenen Meßzylinder von 150 bis 200 cm^3 Inhalt abgemessen, 17·5 g Ammonsulfat hineingeschüttet und durch energisches Schütteln in Lösung gebracht; man füllt mit gesättigter Ammonsulfatlösung auf 100 cm^3 auf, mischt durch und filtriert durch ein nicht angefeuchtetes glattes Filter von zirka 16 c^3 Durchmesser (Schleicher und Schüll Nr. 597 oder 604). Im klaren Filtrat wird die Drehung bestimmt und mit 2 multipliziert. Näheres muß im Originale nachgelesen werden. Orgler.

Stoffwechsel.

Johann Christiansen. *Untersuchungen über freie und gebundene Salzsäure im Mageninhalt.* Mitteilung I—IV. (Biochem. Zeitschr., Bd. XLVI, 1912, S. 24.)

Von den gefundenen Resultaten seien nur die für die Klinik wichtigen hervorgehoben: Für die Bestimmung der Gesamtazidität, die man stets am unfiltriertem, gut durchgeschütteltem Magensafte vornehmen soll, eignet sich bei Anwendung von Ewalds Probefrühstück als Indikator am besten Lackmus oder Alizarin; Phenolphthalein gibt zu hohe Zahlen. Da die Gesamtsalzsäure weitaus den größten Teil der Gesamtazidität ausmacht, gibt die Bestimmung der Gesamtazidität auch hinreichend genaue Werte für die Gesamtsalzsäure. Orgler.

W. van Dam. *Die Verdauung des Kaseins durch Pepsin von Kalb, Schwein und Rind.* (Zeitschr. f. physiol. Chem., Bd. LXXIX, 1912, S. 247.)

Die Verdaunug von Kasein durch Infusionen von Kalbs-, Rinds- und Schweinemägen in schwach saurer Lösung geht der Gerinnungsgeschwindigkeit fast vollkommen parallel; auch scheinen die Verdauungsprodukte in stark saurer und in schwach saurer Lösung vollkommen identisch zu sein. Diese Beobachtungen stützen die Auffassung von der Identität der Chymosin- und Pepsinwirkung. Orgler.

A. Frank. *Vergleichende Untersuchungen über die Ausnutzung von Vollmilch und kaseinfettangereicherter Kuhmilch.* (Monatschr. f. Kinderheilk. Bd. XII, 1913, S. 151.)

Bei den Kindern, die in der Straßburger Kinderklinik mit der von John und Heim angegebenen kaseinfettangereicherten Kuhmilch ernährt wurden, reagierten einige mit zahlreichen voluminösen Stühlen von fester bis dünnbreiiger Konsistenz und gediehen dabei mäßig. Es interessierte nun, wie diese Kinder die einzelnen Nahrungsbestandteile ausnützten, und es wurde deshalb bei zwei Knaben der Stickstoff-, Fett- und Kohlehydratstoffwechsel untersucht. Zum Vergleiche fügte man eine Periode an, in der man die Kinder mit Milchverdünnungen und Nährzucker ernährte; eine dritte Periode wurde interponiert und in dieser eine Kaseinfettmilch gegeben, bei welcher das Kasein aus Magermilch ausgelabt war. In Krankengeschichten, Gewichtskurven und Tabellen werden die Versuchsresultate mitgeteilt. Die Ausnutzung der Kohlehydrate war stets gut; die gleichzeitige Anwesenheit von viel Eiweiß und viel Fett ist für diese belanglos. Bei den Stickstoffzahlen zeigte sich, daß bei großem Eiweißangebote viel stickstoffhaltige Substanz resorbiert, aber auch viel Stickstoff durch den Harn ausgeschwemmt wurde. Die Fettresorption war in allen Fällen eine mäßige. Sie war prozentualiter die beste in den

Milchverdünnungsversuchen, wie auch die Ausnützung der anderen Nahrungsbestandteile in diesen Versuchen die vollkommenere war.

Autoreferat.

Koplik and **Crohn.** *Fat and nitrogen metabolism in case of congenital absence of the bile-ducts with a study of ferments of the pancreatic secretion and the feces.* (Fett- und Stickstoffumsatz bei einem Falle von Abwesenheit der Gallengänge, nebst Untersuchung der Pankreasfermente und der Fäzes.) (Americ. Journ. Dis. Children, Januar 1913.)

Der Stickstoffumsatz war ungestört, dagegen bestand starke Herabsetzung der Fettspaltung und -resorption. Die Pankreassekretion blieb unverändert, aber seine Wirkung wurde durch Fehlen der Gallensalze stark beeinträchtigt. Wachenheim (New York).

W. Dibbelt (Tübingen). *Die Ätiologie der Rachitis und der Kalkstoffwechsel.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 12, S. 551 bis 552.)

Hinweis auf seine Theorie der Rachitis als Störung des Kalkstoffwechsels, auslösbar durch die verschiedensten Schädigungen.

Nagel-Hoffmann.

Figueira et **Lopes** (Rio de Janeiro). *De la fièvre alimentaire ou syndrome de Finkelstein.* (Arch. de méd. des enfants, Bd. XVI, H. 1, p. 1.)

Nachprüfungen der Versuche von Schaps u. A., mittels ovaler und subkutaner Zufuhr von Kochsalz- und Laktoselösungen Fieber zu erzeugen. Zur Lösung der noch schwebenden Fragen tragen dieselben nichts bei. Thorspecken.

Stanislaus Ostrowski. *Zur Frage der Urobilinurie und Urobilinogenurie bei Brustkindern.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXVI, (76) S. 645—653.)

Urobilinogen und Urobilin sind im Harn gesunder Brustkinder nicht vorhanden, während bei künstlicher Ernährung auch bei gesunden Säuglingen gelegentlich Urobilinogen im Harn auftritt. Bei Säuglingen, die an akutem Darmkatarrh, an Pneumonie, Tuberkulose und anderen Krankheiten litten, wurde ziemlich häufig (in 39% der Fälle) Urobilinogen angetroffen, seltener (in 19% der Fälle) auch Urobilin. Eine diagnostische Bedeutung kommt dem Auftreten von Urobilin und Urobilinogen im Harn nicht zu. H. Vogt.

Stephan Weiser. *Über den Ca-, Mg-, P- und N-Umsatz des wachsenden Schweines.* (Biochem. Zeitschr., Bd. XLIV, 1912, S. 278.)

Füttert man Schweine mit Mais und Gerste, einem kalkarmen Futter, so tritt eine mehr oder weniger stark negative Kalkbilanz auf; gleichzeitig ist die Phosphorbilanz negativ oder in geringem

Grade positiv; es besteht ferner eine sehr starke Magnesiumretention; legt man diesem Futter Kalziumkarbonat zu, so findet ein starker Ansatz von Kalk und eine beträchtliche Vermehrung des Phosphoransatzes statt, während der Magnesiumansatz sich erheblich verringert.

Orgler.

Neugeborene.

F. Wolff (Gießen). *Beiträge zur Entstehung der Melaena neonatorum durch retrograde Embolie, nebst Mitteilung eines Falles von Volvulus beim Neugeborenen.* (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk., Bd. LXXII.)

Wolff sucht die Franqué sche Theorie der Entstehung der Melaena durch retrograde Embolie von der Nabelvene her durch verschiedene Beweise zu stützen. Es gelang ihm, bei neugeborenen Hunden durch Injektion von steriler Tuschesuspension in die Nabelvene das Bild der Melaena neonat. hervorzurufen. Ferner teilt er einen Sektionsbefund eines an M. n. verstorbenen Kindes mit, bei dem sich Thrombose der Nabelvene fand, die augenscheinlich in enger Beziehung zu den Thrombosierungen und Nekrosen der Duodenalgefäße und der Geschwürsbildung im Duodenum stand. Anatomische Einwendungen, die gegen die Franqué sche Theorie erhoben waren, sind nach Wolffs Untersuchungen über die Gefäßverhältnisse bei jungen Kindern nicht stichhaltig. Vielmehr ist der Weg eines Embolus von der Nabelvene zur Pfortader der kürzeste und gut gangbar.

Anhangsweise wird ein Fall von Volvulus des Neugebroenen mitgetellt, der klinisch von Melaena schwer zu unterscheiden war.

Thorspecken (Bremen).

R. Franz (Graz). *Serumtherapie bei Melaena neonatorum.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 53.)

Verf. injizierte fünf an Meläna erkrankten Neugeborenen subkutan mit menschlichem Serum und hatte in allen Fällen Erfolg. Das Serum wurde in einfachster Weise aus der Nabelschnur gewonnen, nachdem die Abnabelung erfolgt war. Abzentrifugierung, Chloroformzusatz und kühle Aufbewahrung in dunklen Gläsern. Verwendet wurde Serum, das selbst bis zu 4 Monaten gelagert hatte. Irgend welche Schädigungen wurden nicht gesehen. Die geeignete Dosis, ist 20 cm^3, eventuell wiederholt.

Klotz.

Diathesen.

Schridde (Dortmund). *Die Diagnose des Status thymo-lymphaticus.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 48.)

In der Leiche fällt, besonders bei Kindern, eine eigenartige Blässe der zarten Haut auf. Das Fettgewebe erscheint auf der Schnittfläche ungewöhnlich feucht und weißgelb. Die Thymus (normal 12 g beim Neugeborenen, 20 bis 25 g in der Pubertät wiegend) ist vergrößert und kann bis 80 g wiegen. Vom 25. Jahre ab ist das Thymusparenchym eigentlich verschwunden; findet man dennoch erkennbare Drüsenbestandteile, so ist dies abnorm. Eine isolierte Thymushyperplasie, ohne gleichzeitige Beteiligung des lymphoiden Gewebes an anderen Körperregionen gibt Schridde, im Gegensatz zu Hart und Wiesel, nicht zu. Fast immer fand er die Malpighischen Körperchen der Milz vergrößert, meist auch die Lymphfollikel des Darms und Magens. Gaumen- und Rachentonsille sind nicht immer hyperplastisch, öfter dagegen die Zungenbälge. An Orten, wo normalerweise kein echtes lymphatisches Gewebe vorkommt (Luftröhren-, Scheidenschleimhaut, Nieren, Haut, Knochenmark, periportales Bindegewebe der Leber) können Lymphknötchen gefunden werden. In jedem reinen Falle von Status thym.-lymph. findet sich Dilatation und Hypertrophie des linken Herzens. Charakteristisch für die Thymus bei Status thymo-lymphaticus ist die Markhyperplasie bei normal gebauter, aber reduzierter Rinde.

Vielleicht spielen beim Status thymo-lymphaticus regionäre oder rassenbiologische Momente eine Rolle. Von ausschlaggebender diagnostischer Wichtigkeit sind die fast konstant vorhandenen Hyperplasien der Zungenbälge, da diese niemals durch entzündliche Vorgänge hypertrophisch werden. Klotz.

Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen.

Straub. *Über die Skrofulose, nach Untersuchungen bei skrofulösen Augenkranken.* (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1912, II, 1877.)

Obgleich durch den Befund Kochs, welcher in den skrofulösen Lymphdrüsen die Anwesenheit von Tuberkelbazillen konstatierte, die alte Lehre von Virchow, welcher einen Zusammenhang von Skrofulose mit Tuberkulose leugnet, erschüttert war, kann die klinische Erfahrung eine Trennung dieser beiden nicht umgehen.

Auf Grund von Beobachtungen und experimentellen Studien an seinem Krankenmateriale von skrofulösen Augenleiden kommt Straub zu der Ansicht, daß die Skrofulose eine Konstitutionsanomalie sei, charakterisiert durch eine abgeschwächte tuberkulöse Infektion.

Seine Ansicht über das Wesen der Skrofulose, ganz verschieden von der von Czerny und von Preisich, ist mehr in Übereinstimmung mit der von Neumann, der das Grundleiden für eine tuberkulöse Infektion und die manifesten Krankheitserscheinungen (die Affektion von Haut, Augen, Ohr, Nase und Pharynx) als paratuberkulöse Erkrankung auffaßte.

Es hatte sich nämlich schon aus den Untersuchungen von Wiemer (unter Straubs Leitung angestellt) erwiesen, daß das spezifische Gewicht der skrofulösen Kinder niedriger ist als von gesunden und daß die Herabsetzung dieses spezifischen Gewichtes dem zarteren Baue des Skelettes zugeschrieben werden muß.

Nach Straub ist die Pathogenese der Skrofulose so aufzufassen, daß irgendwo am Körper sich ein tuberkulöser Herd befindet, welcher die Konstitution derartig beeinflußt, daß die Gewebe abnormal empfänglich (hartnäckige Haut- und Schleimhautentzündungen) und das Skelett in seiner Entwicklung gehemmt wird.

Was das Wesen der skrofulösen Augenerkrankungen anbetrifft, so ist Straub der Meinung Lebers, welcher behauptet, daß diese tuberkulöser Natur sind, obgleich nur sehr selten Tuberkelbazillen in den Geweben konstatiert sind und die Impfung nur sehr selten bei gesunden Tieren positiv ausfällt.

Diese Kontroverse erklärt sich nach Straub dadurch, daß die Augenaffektion eine Tuberkulose in sehr abgeschwächtem Zustande und durch Metastase entstanden ist. Diese Abschwächung wird durch die Immunität verursacht, welche der primäre tuberkulöse Herd im Körper hinterläßt.

Straub konkludiert: Für die Klinik kann der Begriff Skrofulose als Konstitutionsanomalie nicht aufgegeben werden. Sie entsteht, nachdem in den ersten Lebensjahren eine Infektion mit Tuberkelbazillen in den Lungen, im Halse oder im Intestinaltraktus stattfindet, aber so, daß, während an der Stelle der Infektion diese abheilt, sie in den Drüsen lebende Tuberkelbazillen zurückläßt. Diese Tuberkelbazillen seien nicht imstande, eine aktive Tuberkulisierung des Körpers zu verursachen, weil die primäre tuberkulöse Infektion einen gewissen Grad von Immunisierung hinterläßt.

Die skrofulösen Augen- und Hauterkrankungen entstehen durch Metastase der Tuberkelbazillen von den Drüsen aus. Diese lokale Infektion ist aber außerordentlich abgeschwächt, sowohl durch die anfänglich durch den primären Herd erzeugte als durch die später von den tuberkulösen Drüsen aus unterhaltene Immunisierung.

Die Skrofulose ist demnach eine abgeschwächte Tuberkulose und das skrofulöse Individuum relativ immun gegen neue tuberkulöse Infektionen. Diese Immunität kann aber unter Umständen sich verlieren und das betreffende Individuum alsdann einer tödlichen Tuberkulose anheimfallen. Graanboom.

Rongel (Rio di Janeiro). *Rapport entre la tuberculose et l'asthme dans l'enfance.* (Arch. de méd. des enfants, Bd. XVI, H. 2).

Asthmatische Kinder verschiedener Alterstufen reagieren in zirka 50% auf Pirquet positiv. Es existiert demnach weder ein Antagonismus noch ein Abhängigkeitsverhältnis beider Erkrankungen. Thorspecken (Bremen).

R. W. Philip. *Über Vorkommen und Bedeutung der Tuberkulose im Kindesalter.* (Edinbourgh med. Journ., Bd. IX, S. 293—299.)

Pathologisch-anatomische und bakteriologische Untersuchungen an Leichen und am Lebenden. Die Tuberkulinreaktionen haben gezeigt, daß viel mehr Kinder schon im frühen Alter mit Tuberkulose infiziert werden, als man früher geglaubt hat. So weit kann man zustimmen. Was folgt daraus? Daß die Tuberkulose der Erwachsenen die Ernte darstellt, deren Saat in der Kindheit ausgestreut ist; daß die Bekämpfung der Tuberkulose in allererster Linie im Kindesalter einsetzen muß; daß man Sanatorien bauen muß für tuberkulöse Kinder; daß alle Kinder, die auf Tuberkulin reagieren, prophylaktisch(!) mit Tuberkulin behandelt werden müssen usw. Das sind Forderungen, die jetzt von allen Seiten erhoben werden; ein schlagendes Beispiel, wohin man kommt, wenn Laboratoriumsresultate kritiklos auf Verhältnisse des praktischen Lebens übertragen werden. Nicht die Infektion, die Erkrankung an Tuberkulose ist für uns das wichtigste. Wenn mit Abschluß des Kindesalters schon die überwältigende Mehrheit der Kinder mit Tuberkulose infiziert ist und jede Infektion von unheilvollster Tragweite wäre, wie kommt es dann, daß die Menschheit nicht längst ausgestorben ist an Tuberkulose? Was soll man dazu sagen, wenn Verf. bei 30% der Schulkinder in Edinburg klinisch sichere Zeichen von Tuberkulose findet? Nicht die Bakteriologie und die pathologische Anatomie, deren Mitarbeit wir gewiß nicht entbehren möchten, haben das entscheidende Wort, wenn es sich darum handelt, die Tuberkulose des Kindesalters zu bekämpfen, das ist Aufgabe der Klinik, und klinische Forschung ist es, die uns auf diesem Gebiet zurzeit am meisten not tut.

H. Vogt.

C. Paget Lapage. *The cutaneous reaction tuberculin in childhood.* (Brit. Journ. child. dis., Nov.-Dec. 1912.)

Bericht über 100 mit 25%igem Tuberkulin kutan geimpfte Fälle. Einleitend bespricht Lapage die Ansichten über den Wert der Reaktion, Theorien über ihre Natur und die verschiedenen Formen ihres Auftretens. Verf. teilt die Fälle in 5 Gruppen:

1. Negative, ohne Symptome und ohne Infektionsgelegenheit im Hause.

2. „Mögliche" (possible cases), mit höchstens ganz unbedeutenden Symptomen (z. B. Blässe) und möglicherweise vorhandener Infektionsgelegenheit.

3. Verdächtige; ohne physikalische Zeichen, aber mit Blässe und Körperschwäche und in einigen Fällen mit festgestellter Infektionsmöglichkeit.

4. Wahrscheinliche, ohne physikalische Zeichen, aber „mit Symptomen" und sicherer erblicher Belastung.

5. Sichere, mit unzweifelhaftem physikalischem und bakteriellem Befunde.

Bis zum 10. Lebensjahre nimmt der Prozentsatz an positiv Reagierenden zu: 0 bis 2 Jahren 32%; 5 bis 10 Jahren 60·6%; 10 bis 14 Jahren 60·8%. Positive Reaktionen kamen, wie zu erwarten war, um so häufiger vor, je mehr auch klinisch Verdacht auf Tuberkulose bestand. Mit fortschreitendem Alter werden positive Reaktionen häufiger in Fällen mit fehlenden oder zweifelhaften Symptomen; offenbar weil jenseits des 2. Lebensjahres die Möglichkeit einer Ausheilung der Tuberkulose größer ist. Von den verschiedenen von der „normalen" abweichenden Formen der Reaktion scheint nach Lapage die „leichte" etwas häufiger in klinisch unverdächtigen Fällen vorzukommen, die „verlängerte" mehr in Fällen von sicherer Tuberkulose.

Um einwandsfreie Resultate zu erhalten, ist eine zweite, ja, oft eine dritte Impfung nötig; in 2 Fällen war sogar erst die 5. Impfung positiv. Zur Anstellung der Reaktion ist menschliches Tuberkulin dem bovinen vorzuziehen, weil letzteres nicht in allen den Fällen positive Resultate ergibt, die auf menschliches Tuberkulin reagieren.

Röntgenuntersuchungen haben ergeben, daß in nicht wenigen Fällen mit negativer kutaner Reaktion positive Röntgenbefunde zu erheben waren. Verf. führt das auf die Verwendung von nur 25%igem Tuberkulin zurück. Das umgekehrte Vorkommnis: positive Kutanreaktion, negativer Röntgenbefund erklärt sich durch Versagen des Röntgenverfahrens, z. B. bei Abdominaltuberkulose.

Verf. erklärt die Reaktion für spezifisch; sie versagt nur in ganz wenigen Fällen, die (ohne kachektisch oder sehr fortgeschritten oder akut erkrankt zu sein), auf die Hautimpfung negativ reagieren trotz eines positiven Röntgenbefundes. Eckhardt.

B. Möllers (Berlin). *Über den Typus der Tuberkelbazillen bei Parinaudscher Erkrankung (Conjunctivitis tuberculosa).* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 44, S. 2059—2060.)

Aus zwei Fällen von Parinaudscher Krankheit konnten Reinkulturen von Tuberkelbazillen gezüchtet werden, die dem Tierversuch nach dem humanen Typus angehörten. In keinem in der Literatur beschriebenen Falle ist bisher der Nachweis boviner Bazillen einwandfrei gelungen. Nagel-Hoffmann.

E. Kahn (Nürnberg). *Zum Nachweis der „Tuberkelbazillen" im strömenden Blut.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 7.)

Um Tuberkelbazillen im Blut exakt nachzuweisen, ist einzig der Tierversuch geeignet. Mikroskopische Untersuchung allein ist

völlig ungeeignet. Das Blut enthält normalerweise alle möglichen geformten und ungeformten Elemente, welche im Verlauf der Methodik artefiziell zu „säurefesten Stäbchen" werden. Klotz.

Baemeister (Freiburg). *Das Auftreten virulenter Tuberkelbazillen im Blut nach der diagnostischen Tuberkulininjektion.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 7.)

Auf der Höhe einer fieberhaften Tuberkulininjektion entnommenes Blut enthielt virulente Tuberkelbazillen, während vor der Injektion keine Bazillämie bestanden hatte. (Tierversuche.)

Die „diagnostische" subkutane Tuberkulininjektion, die an und für sich nicht viele Freunde unter den Klinikern hat, wird durch diese Feststellung noch mehr diskreditiert. Die Höhe des Reaktionsfiebers scheint übrigens nicht maßgebend für die Bazillämie zu sein, sondern die Intensität der lokalen Reaktion in der erkrankten Lunge. Klotz.

Arent de Besche (Kristiania). *Untersuchungen über die tuberkulöse Infektion im Kindesalter.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 10, S. 452—454.)

Unter 50 nicht ausgewählten Fällen von Kindertuberkulose wurden (aus Bronchial- und Mesenterialdrüsen) Bazillen von humanem Typus in 45, von sicher bovinem in 3 Fällen nachgewiesen. In einem Falle waren wohl beide Typen nebeneinander vorhanden, einer blieb unbestimmt. Man kann also annehmen, daß etwa 6 bis 8% der tuberkulösen Infektionen bei Kindern von Kühen herrühren, alle anderen von Menschen. Nagel-Hoffmann.

Charles M'Neil und **J. P. M'Gowan.** *Über fieberhafte Erkrankungen mit z. T. schnell tödlich endenden Fällen in einem Knabeninstitut in der Nähe von Edinburg.* (Edinb. med. Journ., 1913, Bd. X, S. 201—222.)

In einem Waisen- und Erziehungshaus für Knaben in der Nähe von Edinburg traten im Lauf einer längeren Reihe von Jahren immer wieder gehäufte Fälle von fieberhafter Erkrankung auf, die anscheinend auf eine gleichartige Infektion zu beziehen waren. Im klinischen Bild ließen sich 3 Formen unterscheiden, unter denen die Erkrankung auftrat. Ein Teil der Fälle führte rapid, in 24 bis 36 Stunden, zu tödlichem Ausgang, der oft ganz überraschend kam. Bei einer zweiten Gruppe, die mit hohen remittierenden Temperaturen einhergingen oder mit hohem Temperaturanstieg, gefolgt von einem kurzen fieberfreien Intervall und nochmaligem Fieberausbruch, bestanden daneben die Symptome einer Bronchopneumonie. Eine dritte Gruppe endlich bot dieselben, wenn auch etwas leichteren, Erscheinungen, ohne daß dabei ein Lungenbefund zu erheben war. Bei den zur Obduktion gekommenen Fällen fanden sich bronchopneumonische Herde in den Lungen, häufig eine Hypertrophie der Thymus und des lymphoiden Gewebes im Darm sowie mehrfach eine Hyperplasie des Epithels

der Schilddrüse mit Veränderung in der Follikelgröße und Gestalt und Wucherung des Bindegewebsgerüstes. In den Lungen fanden sich regelmäßig, soweit untersucht wurde, Pneumokokken, die zuweilen eine Allgemeininfektion gemacht hatten; daneben wurden gelegentlich andere nicht näher bestimmte Arten beobachtet. Eine Untersuchung der in der Anstalt untergebrachten Kinder ergab, daß sehr viele an chronischer follikulärer Konjunktivitis litten. Außerdem reagierten etwa 60% auf Kutanimpfung mit Tuberkulin und zwar sehr intensiv. Da Fälle von aktiver Tuberkulose nur ganz vereinzelt vorkamen, so betrachten die Verff. die intensive Kutanreaktion als Ausdruck eines Status lymphaticus. Der Häufigkeit dieser Konstitutionsanomalie unter den in der Anstalt untergebrachten Kindern legen sie auch das Auftreten so zahlreicher rapid tödlich verlaufender Fälle zur Last. Die Verff. berichten übrigens, daß ähnliche Beobachtungen wie die hier mitgeteilten in einer ganzen Reihe von Erziehungsanstalten in England und Schottland gemacht worden sind. H. Vogt.

Marie Holth (Kristiania). *Salvarsanbehandelte Mütter und ihre Kinder.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 10, S. 462.)

Salvarsanbehandlung der graviden Mutter hat sehr guten Einfluß auf die Vitalität der Kinder, die ausgetragen und zum Teil symptomfrei sind. Nagel-Hoffmann.

De Buys. *A study of the Wasserman reaction in connection with hereditary syphilis.* (Verhältnis der Wassermann-Probe zur hereditären Syphilis.) (Americ. Journ. Dis. Children, Januar 1913.)

Verf. bezeugt die Zuverlässigkeit der Probe, aber bei Neugeborenen bestehen technische Schwierigkeiten, dann muß man sich mit Untersuchung des Mutterbluttes behelfen. Bei positivem Befunde reagieren auch die Eltern positiv.

Fehlerquellen bilden gelegentliches Ausbleiben im Frühstadium vor Bildung der Antikörper, positives Resultat bei Scharlachfieber, Lepra, Trypanosomiasis und Sklerodermie. Sonst kann man die Probe als recht zuverlässig und äußerst wertvoll betrachten.

Wachenheim (New York).

Blooker. *Zwei Fälle von Zusammengehen des Eruptionsstadiums des Scharlachs mit Masern.* (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1912, II, S. 2144.)

Beobachtung von 2 Fällen. Beide Kinder derselben Familie, in welcher bei dem einen den 4., bei dem andern den 7. Tag nach dem Anfang des Scharlachs sich zu gleicher Zeit mit anderen Erscheinungen von Masern ein Koplicksches Exanthem entwickelte.

In beiden Fällen hatte das Scharlachexanthem das Masernexanthem überlebt. Graanboom.

Brückner (Dresden). *Die Diät beim Scharlach.* (Fortschritte der Medizin.)

Unter 93 mit gemischter Kost, 73 mit strenger Milchdiät ernährten Kindern erkrankten je 2 an Nephritis, von 148 Kindern mit moderierter Milchernährung 5. Thorspecken (Bremen).

J. O. Rolleston. *The blood-pressure in scarlet-fever.* (Brit. Journ. child. dis., Oct. 1912.)

Literaturübersicht über Blutdruckmessungen bei Scharlach. Rolleston selbst hat in 122 Fällen von Scharlach mit dem von C. J. Martin modifizierten Riva-Roccischen Sphygmomanometer folgendes beobachtet: in 25% der Fälle war der Blutdruck subnormal, Ausdehnung und Dauer der Depression standen im allgemeinen in direkter Beziehung zur Schwere des Anfalls im Beginn der Erkrankung. Die extremsten Werte für besonders hohen oder besonders niedrigen Blutdruck fanden sich in der 1. Krankheitswoche; Rückkehr zur Norm meist in der 4. Woche. Der größere Teil der Fälle zeigte in der Rekonvaleszenz niedrigeren Blutdruck als im akuten Zustande. In 48·4% der Fälle waren die Werte in aufrechter Stellung oder in Rückenlage entweder gleich oder die in Rückenlage ein wenig höher. Komplikationen hatten kaum Einfluß auf den Blutdruck, mit Ausnahme von Nephritis; auch bei dieser zeigte nur ein kleinerer Teil der Fälle eine vorübergehende Erhöhung. Der praktische Wert der Blutdruckmessung ist gering; nur in der Rekonvaleszenz kann sie Anhaltspunkte in bezug auf die Schwere der Nierenschädigung geben. Ausgesprochene Herabsetzung des Blutdruckes sollte auf Nebennierenschädigung bezogen und mit Adrenalin u. dgl. behandelt werden. Eckhardt.

Oswald Meyer (Berlin). *Spontanes Entstehen des Rumpel-Leedeschen Phänomens.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 43, S. 2019—20.)

Bei zweijährigem Kinde mit leichtem Scharlach traten zahlreiche Petechien an der Haut des Halses und der Brust nach krampfhafter Exspiration auf. Nagel-Hoffmann.

Martin Kretschmer (Straßburg i. E.). *Über die Döhleschen Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 46, S. 2163.)

Die Döhleschen Leukozyteneinschlüsse wurden in fast allen untersuchten frischen Scharlachfällen gefunden, bei anderen Krankheiten selten, nur bei Diphtherie und septischen Erkrankungen etwas häufiger. Verf. hält sie für ein wichtiges differentialdiagnostisches Zeichen. Die Einschlüsse sind keine Krankheitserreger und nicht spezifisch für Scharlach, sondern wahrscheinlich Reaktionsprodukte der Leukozyten auf toxische Bakterienprodukte.

Nagel-Hoffmann.

A. Belàk (Budapest). *Über die diagnostische Bedeutung der Döhleschen Leukozyteneinschlüsse.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 52, S. 2454—2455.)

Man kann die Döhleschen Einschlüsse für die Scharlachdiagnose nicht verwerten, da sie auch bei vielen anderen Krankheiten angetroffen werden. Nur der negative Befund läßt Scharlach mit Sicherheit ausschließen. Nagel-Hoffmann.

John Granger und **C. Kingsley Pole.** *The inclusion bodies in scarlet fever.* (Brit. Journ. child. dis., Jan. 1913.)

Verff. fanden bei 155 Scharlachfällen stets in den ersten 4 Tagen (nicht über den 10. Tag hinaus) die Döhleschen Einschlußkörperchen, mit Ausnahme eines schweren toxischen Falles. Aber auch bei Diphtherie, Masern und Tonsillitis waren die Einschlußkörperchen so häufig zu finden, daß nur ihr Fehlen verwertbar ist, nämlich um Scharlach auszuschließen. Bei toxischen Ausschlägen wurden sie nicht gefunden. Literaturübersicht. Eckhardt.

Schippers und **Cornelia de Lange.** *Die Zelleinschlüsse von Döhle und ihre Bedeutung für die Diagnose des Scharlachs.* (Nederl. Tijdschr., 1912, II, S. 2138.)

Während der hiesigen Scharlachepidemie mit ihren vielen Fällen von „Formes frustes", in welchen die Diagnose so viele Schwierigkeiten bietet, wurde der diagnostische Wert der nach Döhle für Scharlach charakteristischen Zelleinschlüsse studiert.

Bei einer diesbezüglichen Untersuchung an 20 Scharlachkranken konnten die Verff. die Zelleinschlüsse konstatieren. Ihre Zahl verminderte sich zwar nach dem 5. Krankheitstage, aber nach dieser Zeit waren sie nicht ganz verschwunden. Es zeigte sich zu gleicher Zeit, daß Eosinophilie nicht anwesend war.

Zur Kontrolle wurde nun auch bei 20 nicht an Scharlach leidenden Patienten nach diesen Zelleinschlüssen gefahndet und nun ergab sich, wie auch schon zuvor von anderen konstatiert war, daß auch hier in mehreren Fällen die Zelleinschlüsse anwesend sind.

Was ihr Wesen anbetrifft, kommen die Verff. auf Grund von Tierexperimenten und klinischer Beobachtung zu der Meinung, daß die Zelleinschlüsse nur Äußerung einer Reaktion der Leukozytenprotoplasmen gegenüber den Toxinen der eingetretenen Bakterien sind.

Der Befund von Döhle hat nur einen beschränkten Wert für die Scharlachdiagnsotik, und zwar in dieser Beziehung, daß, wie schon auch Schwenke behauptet hat, die Abwesenheit von Zelleinschlüssen bei hochfiebernden Kranken gegen Scharlach spricht.

Graanboom.

Hans Mautner (Wien). *Harntoxizität und Masern.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 47, S. 2215.)

Ebenso hohe Giftigkeit des Urins wie bei Masern hat Mautner auch bei anderen Injektionskrankheiten und ganz gesunden Kindern gefunden. Nagel-Hoffmann.

H. Aronson und **P. Sommerfeld** (Berlin). *Weitere Mitteilungen über die Giftigkeit des Harns bei Masern und anderen Infektionskrankheiten.* (Deutche med. Wochenschr., 1913, Nr. 10, S. 455—457.)

Die an über 500 Tieren fortgesetzten Versuche bestätigten, daß eine erhöhte Harngiftigkeit bei einigen Infektionskrankheiten besteht, bei denen die Affektion der Haut eine große Rolle spielt; Masern, Serumexanthem, Varizellen, Fourth diesease, nicht aber Scharlach. Ob diese bedingt ist durch vermehrte Ausscheidung der die normale Harngiftigkeit bedingenden Stoffe (Kalisalze zusammen mit Harnstoff und Xantinkörpern) oder durch mineralische Substanzen oder durch einen spezifischen organischen Körper, ist noch nicht erwiesen. Nagel-Hoffmann.

David (Galatz). *La diphthérie paralysante.* (Arch. de méd. des enfants, Bd. XVI. H. 2, p. 116.)

Eine Epidemie mit leichten Schleimhauterkrankungen, die von häufigen, zum Teil schweren Lähmungen gefolgt waren. David glaubt, daß in ihrer Virulenz abgeschwächte Diphtheriebazillen eine besondere Fähigkeit besitzen, Lähmungen zu verursachen.

Thorspecken.

Rohmer (Köln). *Elektrokardiographische und anatomische Untersuchungen über den Diphtherie-Herztod und dessen Beziehungen zum Reizleitungssystem.* (Zeitschr. f. exper. Pathol. u. Ther., Bd. XI.)

In 6 Fällen diphtherischer Myokarditis, die in Genesung ausgingen, zeigte das Elektrokardiogramm keine Abweichung vom Normalen. 5 andere Fälle, die unter den Erscheinungen des diphtherischen Herztodes zugrunde gingen, wiesen schwere Veränderungen der Ventrikelschwankung und verschiedenartige Veränderungen der Finalschwankung bis zu deren völligem Verschwinden auf. Die meisten Kurven wurden erst kürzere Zeit vor dem Tode aufgenommen.

Besonderes Interesse beanspruchen 2 Fälle aus der letzteren Gruppe, bei denen bis zum Tode vollständige atrioventrikuläre Dissoziation bestand. Bei der mikroskopischen Untersuchung des Reizleitungssystems fand Rohmer indessen nur so geringe pathologische Veränderungen an demselben, daß diese unmöglich als genügende Ursache für den Herzblock gelten können. Die Veränderungen am Myokard waren bedeutend schwerer. Da die Reizleitung aber zweifellos unterbrochen war, zieht Rohmer die Folgerung, daß das Diphtheriegift die Elemente des Reizleitungsysstems schwer schädigen könne, ohne daß dies in mikroskopisch nachweisbaren Veränderungen zum Ausdruck kommt.

Im Gegensatz zu Rohmer glauben Price und Mackenzie, die kürzlich einen analogen Fall mitgeteilt haben, daß das Reizleitungssystem intakt geblieben sei und daß das schwer geschädigte Myokard nicht mehr imstande sei, auf die normal zufließenden Reize anzusprechen.

Jedenfalls ergibt sich aus Rohmers Untersuchungen, daß das Diphtheriegift keine elektive Wirkung auf das Reizleitungssystem besitzt, daß aber die Fälle, die Überleitungsstörungen aufweisen, prognostisch ungünstig liegen. Thorspecken (Bremen).

J. O. Rolleston. *A case of fatal haemorrhage from the throat.* (Brit. Journ. child. dis., Febr. 1913.)

Ein Mädchen von 6 Jahren wurde mit Rachendiphtherie eingeliefert. Auf Diphtherieantitoxin Abstoßung der Beläge. Am 4. Tage bei einem Hustenstoße abundante Blutung aus dem Munde, erhebliche Zyanose, 5 Minuten später exitus. Bei der Obduktion fand sich keine Arrosion der großen Gefäße, auch in den tiefen Ulzerationen in den Rachenorganen keine verdächtige Stelle. Verf. glaubt an Tod durch Verblutung; gegen Asphyxie spreche die sehr kurze Agonie. (Herztod? Ref.) Eckhardt.

Eckert (Berlin). *Der heutige Stand der Diphtherietherapie.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 43, S. 2014—2018.)

Die größtmögliche Konzentration der Antitoxineinheiten in der Blutbahn zum Beginn der Therapie bedingt den Erfolg. Deshalb sind intravenöse Injektionen den muskulären und angulären vorzuziehen. An der Heubnerschen Klinik sah man nach Einleitung einer Serumtherapie nie Fortschreiten der Beläge auf den vorher freien Kehlkopf, dagegen Heilungen von Stenosen zweiten Grades ohne Operation, bessere Masernkrupperfolge und kaum je Rezidive. Eckert empfiehlt hohe Dosen bis 9000 J. E., die am nächsten Tage und beim erneuten Auftreten toxischer Symptome wiederholt werden können. Auch bei postdiphtherischen Lähmungen ist die Serumtherapie zu versuchen. Symptomatisch empfiehlt er lokal Bolus alba und Pyozyanase, gegen Herzschwäche Adrenalin. Nagel-Hoffmann.

W. Beyer (Rostock). *Antitoxinuntersuchungen bei Diphtheriekranken, die mit Heilserum behandelt wurden.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 50, S. 2353—2356.)

Antitoxin konnte in allen behandelten Fällen ohne Rücksicht auf Schwere des Falles und Größe der eingespritzten Dosis in manifester Menge nachgewiesen werden. Die Wirkung hängt also nicht ab von gesteigerten Dosen, sondern von möglichst frühzeitiger (intravenöser!) Behandlung. Nagel-Hoffmann.

R. Koch (Frankfurt a. M.). *Zur Bedeutung des Vorkommens der Diphtheriebazillen im Harn.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 50, S. 2356—2358.)

Es wurden 111 Urinproben von 26 Diphtheriepatienten untersucht. Nur in vier Proben von zwei Patienten, die im Frühstadium an Herzlähmung starben, fanden sich tierpathogene Bazillen, in 10 Proben von fünf Patienten vereinzelte diphtheroide Stäbchen, die in gleicher Form auch in Urinproben Scharlachkranker gefunden wurden. Nagel-Hoffmann.

Adolf Schmidt (Halle). *Chronische diphtherische Infektion der Lungen.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 1.)

Bericht über eine chronische, wahrscheinlich seit 10 Jahren bestehende, Diphtheriebazillose der Lunge. Seit dieser Zeit sind periodische Fieberanfälle, schleimig-eitriger Auswurf und Husten vorhanden. Im Sputum Diphtheriebazillen in Reinkultur aber völlig avirulent. Zwischen den Fieberperioden und den Diphtheriebazillen besteht kein Kausalnexus, die Temperatursteigerungen beruhen vielmehr auf Exazerbationen des chronisch-pneumonischen Lungenprozesses. Klotz.

Walter Beyer (Rostock). *Diphtheriebazillen im Harn.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 5.)

Beyer fand bei 19 Knaben und Mädchen im Gefolge von Diphtherie im steril entnommenen Harn Diphtheriebazillen, in einem Falle 10 Wochen nach der Erkrankung.

Auch bei einem zufällig entdeckten Bazillenträger wurde die Ausscheidung von Bazillen durch den Harn festgestellt.

Durch Urotropin konnte die Bazillurie nicht zum Verschwinden gebracht werden.

Verf. will die epidemiologische Bedeutung der Diphtheriebazillenausscheidung nicht unterschätzt wissen. Tierversuche ergaben nämlich zum Teil energisch Toxin bildende Stämme. Klotz.

Erich Conradi (Köln). *Über das Vorkommen von Diphtheriebazillen im Nasen- und Rachensekret ernährungsgestörter Säuglinge.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 10.)

Bei 10 Säuglingen, die niemals Erscheinungen einer Diphtherie zeigten, wurden 8 mal in der Nase, 2 mal im Rachen echte Diphtheriebazillen nachgewiesen. Es waren ausschließlich sehr schwer ernährungskranke Säuglinge; die kräftigeren in der Reparation begriffenen Kinder und besonders die Ammenkinder derselben Station blieben dagegen verschont. Merkwürdig war ferner, daß trotz der bei exsudativen Kindern auftretenden Anginen und Pharyngitiden die Diphtheriebazillen diese günstige Gelegenheit nicht benutzten, infektiös zu werden. Dabei zeigte sich aber im Tierexperiment, daß einzelne der isolierten Bazillen durchaus virulent waren. Die Beobachtungen lehren also, daß echte Diphtheriebazillen monatelang auch bei Säuglingen als harmlose Saprophyten vorkommen können. Ob sie stets saprophytisch bleiben, ist eine nicht zu beantwortende Frage. Klotz.

H. A. Gins (Frankfurt a. M.). *Zur Färbung der Diphtheriebazillen.* (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 11, S. 502—503.)

Durch Einschalten einer kurz dauernden Behandlung mit 1% Milchsäure enthaltender Lugolscher Lösung zwischen die beiden Phasen der Neißerschen Doppelfärbung erhält man klarere Zeichnung des Bakterienleibes und stärkeres Hervortreten der Polkörner. Mit dieser Methode konnten 60% der positiven Diphtheriefälle schon nach dem Abstrich von den Tonsillen sicher festgestellt werden.

Nagel-Hoffmann.

Klimenko (Petersburg). *Sur le sérum anticoquelucheux et son emploi.* (Arch. des sciences biol., Bd. XVII, Nr. 2.)

Am Meerschweinchen zeigte das Klimenkosche Serum keine deutliche kurative Wirkung, dagegen vermochte es die Wirkung sonst tödlicher Dosen Bordet-Gengouschen Bazillen zu paralysieren, wenn es gleichzeitig oder unmittelbar nach diesen injiziert wurde. Die spezifische Natur des Serums läßt sich auch durch sein Agglutinationsvermögen und den Nachweis spezifischer Opsonine erweisen.

Versuche an 35 keuchhustenkranken Kindern haben keine große Überzeugungskraft für die von Klimenko angenommene günstige Wirkung des Serums. Bei einer Krankheit, deren Dauer nach verschiedenen Autoren zwischen 3 und 12 Wochen schwankt, ist mit mutmaßlichen Abkürzungen der Krankheit nicht viel anzufangen und auch Verminderung der Hustenanfälle und milderer Verlauf der Komplikationen sind wenig objektive Maßstäbe. Das Serum soll wiederholt subkutan oder rektal in Dosen von 10 bis 50 cm^3 angewandt werden. Thorspecken (Bremen).

Bamberger. *The vaccine therapy of whooping-cough.* (Vakzinebehandlung des Keuchhustens.) (Americ. Journ. Dis. Children, Januar 1913.)

Verf. will mit Kulturen des Bordet-Gengou-Bazillus gute Resultate erzielt haben, doch beziehen sich dieselben mehr auf die Intensität als die Dauer der Krankheit, so daß die Erfolge nicht außerordentlich zu nennen sind. Wachenheim (New York).

Ardin-Delteil, Raynaud et **Coudray** (Algier). *Spondylite typhique, nouveau cas observé chez l'enfant.* (Arch. de méd. des enfants, Bd. XV, H. 11, p. 842.)

10jähriger Knabe. Ungewöhnlich früh — bereits am Ende der 4. Krankheitswoche — entstand akut eine Erkrankung des 5. Lumbalwirbels unter heftigen Wurzelschmerzen. Eingehende Beschreibung des Verlaufs und seiner Eigentümlichkeiten. Die Knochenaffektion war von einer echten spinalen Meningitis begleitet. Der Liquor stand unter hohem Drucke und das Ablassen eines beträchtlichen Quantums desselben linderte die Schmerzen des Pat. erheblich. Heilung.

Thorspecken.

S. Samelson. *Über eine seltene Komplikation des Kindertyphus.* (Monatschr. f. Kinderheilk. Bd. XII, 1913, S. 117.)

Krankengeschichte und Sektionsbericht eines Falles von Laryngotyphus im Kindesalter. In der Literatur sind derartige Komplikationen des Kindertyphus bisher nur ganz vereinzelt beschrieben. Autoreferat.

Mello Leitão (Rio de Janeiro). *Flagelatte dysentery in children.* (Brit. Journ. child. dis., Feb. 1913.)

Leitão ist auf Grund von Beobachtungen der Meinung, daß zu den übrigen Formen von Dysenterie noch eine durch Flagellaten (trichomonas intestinalis und lamblia intestinalis) hervorgerufene hinzuzufügen sei. Die Erkrankungen sind benigner Natur. Bei Kindern sei Flagellatendysenterie die häufigste Form der Dysenterie.

Eckhardt.

W. C. Howard und **Paul F. Clark.** *Über die Übertragung des Virus der Poliomyelitis durch Insekten.* (Journ. exper. med., Bd. XVI, S. 850—859.)

Fliegen können den Erreger der Poliomyelitis in virulentem Zustand tagelang an der Oberfläche ihres Körpers herumschleppen und innerhalb ihres Magendarmkanals hält er sich mehrere Stunden lang. Mosquitos (Culex pipicus, -sollicitans und -cantator) haben aus Affenrückenmark das Virus nicht aufgenommen. Ebenso ließ sich die Möglichkeit einer Verbreitung durch Läuse (Kopf- und Kleiderläuse) nicht erweisen. Wanzen dagegen (cimex lectutarins) nahmen das Virus aus infizierten Affen mit dem Blut in sich auf und erhielten es 7 Tage lang in ihrem Körper in infektionstüchtigem Zustand.

H. Vogt.

Comby. *Etats méningés curables chez les enfants.* (Arch. de méd. des enfants, Bd. XVI, H. 1, p. 44.)

2 Fälle der meningitischen Form Heine-Medinscher Krankheit, bei denen der Befund einer Lymphozytose im Lumbalpunktat dazu verleitete, fälschlich tuberkulöse Meningitis zu diagnostizieren.

Thorspecken.

Siegfried Peltesohn (Berlin). *Über die orthopädisch-chirurgische Behandlung der poliomyelitischen Lähmungen im Kindesalter.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 43, S. 2026—2029.)

Im ersten und zweiten Stadium sollen Gipsbett und Gipslade ruhigstellen, paralytische Luxationen und Überdehnungen gelähmter Muskeln verhüten. Im Stadium der irreparablen Lähmungen werden Deformitäten und Kontrakturen operativ beseitigt, dann kommen zum Ersatz der Funktion gelähmter Muskeln Apparate oder Operation in Frage, deren Indikation von Fall zu Fall entschieden werden muß. Nerventransplantation ist wenig erfolgreich, Sehnenverpflanzung bei Ausfall nur einer Muskelgruppe. Arthrodesen sind nur bei Schlotter-

gelenken erlaubt und nie bei zwei großen Gelenken einer Extremität anzuwenden. Nagel-Hoffmann.

A. Josefson (Stockholm). *Experimentelle Untersuchungen über die Möglichkeit einer Übertragung der Kinderlähmung durch tote Gegenstände und durch Fliegen.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 2.)

Das Virus der Poliomyelitis haftet an toten Gegenständen (Handarbeiten, Taschentüchern) und kann eingetrocknet sich noch als virulent erweisen, wie Tierversuche bewiesen haben.

Dagegen mißglückte der Nachweis einer Übertragbarkeit durch Fliegen. Klotz.

C. Schong (Linköping). *Die Länge der Inkubationszeit der akuten Kinderlähmung (Heine-Medinscher Krankheit).* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 11, S. 493—494.)

Nach dem Besuch eines Kindes mit latenter Poliomyelitis an entfernten Orten erkrankten dort mehrere Personen, und zwar die ersten nach 4 Tagen, die letzten am 10. Tage.

Nagel-Hoffmann.

Walter R. Jordan. *A case of rheumatoid arthritis in a child.* (Brit. Journ. child. dis., Nov. 1912.)

Ein Knabe von 6 Jahren, im Juni 1910 mit einer abklingenden Arthritis rheumatica eingeliefert, wurde nach 6 Wochen sehr reichlicher Salizyldarreichung vorzeitig (zwar symptomfrei, aber noch fiebernd) entlassen. 1 Jahr später wieder eingeliefert mit zahlreichen Ankylosen, besonders in den Ellbogen-, Hüft- und Kniegelenken, die nicht mehr zu beseitigen waren. Abbildung. Eckhardt.

Respirationsorgane.

W. Brandenburg (Kassel). *Beitrag zur Laryngitis subchordalis acuta.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 44, S. 2078—2079.)

Mitteilung eines Falles dieser besonders bei lymphatischen Kindern auftretenden, leicht rezidivierenden Krankheit, bei dem erst operative Entfernung der entzündlichen Wülste im subglottischen Raume mit sehr langer Nachbehandlung Heilung brachte.

Nagel-Hoffmann.

Phillips and **Ruh.** *Angioma of the larynx, especially its relation to chronic laryngitis.* (Verhältnis des Larynxangioms zur chronischen Laryngitis.) (Americ. Journ. Dis. Children, Februar 1913.)

Verff. berichten über einen Fall bei einem 9monatigen Kinde, bei dem dieser Zusammenhang vermutet wurde: wenigstens wurden beide Läsionen bei der Sektion gefunden.

Wachenheim (New York).

Blut und blutbildende Organe.

Kretschmer (Straßburg). *Über intravitale bakteriologische Blutuntersuchungen bei Kindern.* (Monatschrift für Kinderheilkunde, Bd. XII, 1913, S. 69.)

Die Untersuchungen erstreckten sich auf Scharlach und verschiedene fieberhafte Erkrankungen, wie Pneumonie, Bronchopneumonie, Empyem, Rheumatismus, Meningitis usw. Unter 28 Scharlachfällen fanden sich 5mal Bakterien im Blut, und zwar 4mal Streptokokken, einmal Diplokokken. Ein Fall wurde geheilt, die übrigen 4 Fälle mit Bakteriämie starben kurze Zeit nach der Blutaussaat. Von den 36 Fällen der zweiten Kategorie war nur in 3 Fällen die Blutaussaat positiv. 2 der Fälle, eine Pneumokokkenmeningitis und eine Bronchopneumonie, starben einige Stunden später. Der dritte Fall, eine Osteomyelitis, hatte bei der ersten Blutentnahme Streptokokken im Blut, bei der zweiten war das Blut steril. Für die Diagnose war die Blutuntersuchung kein Hilfsmittel. Die Prognose war in allen Fällen, in denen Bakterien gefunden wurden, schon sehr ernst und konnte durch den Ausfall der Blutuntersuchung nicht beeinflußt werden. Der Wert der bakteriologischen Blutuntersuchung ist mit unseren heutigen Methoden im wesentlichen ein rein wissenschaftlicher.

Autoreferat.

Strauch. *Acute lymphatic leucaemia in early life.* (Akute lymphatische Leukämie im Kindesalter.) (Americ. Journ. Dis. Children, Januar 1913.)

Verf. berichtet über einen Fall bei einem 4jährigen Kinde, der mit dem Bilde eines Erythema nodosum einsetzte. Die Blutuntersuchung ergab schon früh 40.000 Leukozyten, davon bloß 6·5% polynukleär, und diese gingen bald auf 2% herunter, mit 54% großer Lymphozyten, so daß die Diagnose leicht fiel. Die Behandlung mit Salvarsan ergab kein nennenswertes Resultat. Diagnose durch Sektion bestätigt.

Wachenheim (New York).

F. S. Mandlebaum. *Ein Beitrag zur Pathologie der primären Splenomegalie (Typus Gaucher), mit Autopsiebefund eines 4½jährigen Knaben.* (Journ. exper. med., Bd. XVI, S. 797—821.)

Verf. gibt eine Zusammenstellung der bisher vorliegenden Beobachtungen über diese sehr seltene Krankheit und den makroskopischen und mikroskopischen Befund bei der Autopsie seines

Falles, der im Anschluß an die Exstirpation der Milz verstarb. Die Gaucher sche primäre Splenomegalie gehört zu den familiären Erkrankungen. Sie entwickelt sich in der Jugend, beginnend mit Vergrößerung der Milz, dann der Leber, während Schwellung der Lymphdrüsen, Gelbsucht, Aszites oder charakteristische Blutveränderungen nicht zum Krankheitsbild gehören. Bei der Autopsie finden sich in der Milz, den Lymphdrüsen, dem Knochenmark und der Leber eisenhaltiges Pigment und große vielkernige Zellen mit charakteristischem Protoplasma. In frühem Stadium der Erkrankung werden in den Keimzentren des hämatopoetischen Systems eigenartige große phagozytäre Zellen angetroffen, die von atypischen großen Lymphdrüsen herstammen. Nach dem Austritt aus den Follikeln weisen diese Zellen für eine gewisse Zeit phagozytäre Fähigkeit auf. Dabei vergrößern sie sich, ihr Protoplasma verändert sich und sie nehmen ein eigentümlich vakuoläres und runzliges Aussehen an. Diese Zellen kommen aus der Milz auf dem Wege der Pfortader zur Leber, wo sie zerstört werden. Durch die von ihnen ausgeübte Reizwirkung kommt es zu einer Wucherung des intralobulären Bindegewebes der Leber. Die Erkrankung verläuft chronisch bis zu dem durch interkurrente Erkrankungen herbeigeführten tödlichen Ausgang. Die eigentliche Ursache der Erkrankung ist noch in Dunkel gehüllt. Die Verimpfung von erkranktem Gewebe auf Affen gab kein Resultat. Trotzdem muß an die Möglichkeit gedacht werden, daß eine Protozoeninfektion im Spiel sein könnte. H. Vogt.

P. Grosser und **G. Schaub** (Frankfurt). *Zur Pathologie des Morbus Banti.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 2.)

Vorgetragen auf dem ersten Internationalen Kongreß für Pädiatrie zu Paris, 1912. Referiert: Diese Monatschr., Bd. 11, Nr. 7.

Klotz.

Innere Sekretion.

A. Kutschera (Innsbruck). *Gegen die Wasserätiologie des Kropfes und des Kretinismus.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 8.)

Aus der Fassung des Themas geht zur Genüge hervor, welchen Standpunkt Kutschera einnimmt. Er glaubt nicht, daß es Kropfgegenden gibt. Auch in sogenannten Endemiegebieten ist die Bevölkerung höchst ungleichmäßig durchseucht, Kropf und Kretinismus werden nicht durch das Wasser, sondern durch Kontakt verbreitet, sind eine ausgesprochene Familienkrankheit beziehungsweise Wohnungskrankheit. Nicht neue Trinkwasserleitungen bewirken die Abnahme von Kropf und Kretinismus, sondern ganz allgemein die Assanierung überhaupt: Die zunehmende Aufklärung, die verbesserte Volksgesundheitspflege (Kanalisation, Bau- und Wohnungs-

hygiene, Nahrungsmittelkontrolle usw.). Nur dort, wo noch altehrwürdiger Konservativismus an überlieferten Lebensgewohnheiten festhält, wo in den unhygienischen Einfamilienhäusern einer abgeschlossen lebenden Bevölkerung alles beim alten bleibt, dort nistet auch der Kretinismus. Es gibt keine Kropfbrunnen, keine Kropfquellen.

In Brasilien herrscht die Chagaskrankheit, eine Thyreose, die in ihren chronischen Formen dem Kretinismus ähnelt. Die Chagaskrankheit wird durch den Stich einer Baumwanze, welche Zwischenwirt eines Trypanosoma ist, übertragen. Vielleicht findet beim Kretinismus und Kropf etwas Ähnliches statt. Nach Kutschera lohnt es sich, danach zu fahnden. Klotz.

Verdauungstraktus.

v. Bergmann (Altona). *Das spasmogene Ulcus pepticum.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 4.)

v. Bergmann begründet zunächst zwei Thesen, die er aufstellt:

1. Patienten mit Ulcus ventriculi und duodeni zeigen meist eine Dysharmonie zwischen sympathischem und autonomem (erweitertem Vagus-) System, oder richtiger gesagt im vegetativen System überhaupt, da reine Vagotonie oder Sympathikotonie nicht vorkommt. Solche Stigmata sind: Glanzauge, Blähhals, Dermographismus, Hyperhidrosis, kalte nasse Hände und Füße, Tremor, Hyperazidität, Obstipation u. a. m.

2. Neben diesen allgemeinen Symptomen sind am Magen und Duodenum selbst die vom vegetativen System beherrschten Funktionen gestört. Am Magen findet sich eine Erhöhung der Drüsen- und Muskelfunktion, besonders lokalisierte Spasmen, die die Bedeutung eines Stigma haben. Damit es jedoch zum Ulkus kommt, bedarf es noch eines weiteren Momentes, nämlich eines Reizes, von irgend einem Quellgebiet her, der auf dem Nervenwege am Magen lokale Spasmen auslöst. Dieser Reiz kann von einer anatomischen Läsion ausgehen, doch sind nach v. Bergmann auch schwere psychische Traumen oder starke periphere Schmerzen als Quellgebiete zu betrachten, welche reflektorisch beim Disponierten (s. oben) spasmogen wirken. So ist also das Ulkus eine zweite Krankheit (Rößle). Zur Entstehung des Ulkus bedarf es nicht der Ischämie, sondern die Spasmen der Muskularis klemmen die schräg durchlaufenden Gefäße ab, und es kommt zur peptischen Schleimhauterosion. Gelingt es nicht, die spastische Disposition des Magens zu beheben, die durch die kleinen Erosionen fortlaufend genährt wird, so bildet sich ein Circulus vitiosus aus, es kommt zur Chronizität des Ulkus.

Mag an den Ausführungen manches recht hypothetisch anmuten, so ist die Theorie doch bestechend sympathisch.

Die Schlußdarlegungen Bergmanns sind therapeutischer Natur; er empfiehlt aufs wärmste eine lang dauernde Atropinbehandlung des Ulcus pepticum. Klotz.

P. Lockhart Mummery. *Treatment of acute abdominal cases in children.* (Brit, Journ. child. dis., Febr. 1913.)

Mummery bespricht Intussuszeption, Appendizitis und „verschiedene Formen von akutem (Darm-)verschluß". Für alle solche Fälle hält er sofortige Operation für die einzig richtige Therapie; alles Abwarten sei mindestens unnötig, könne aber erheblichen Schaden anrichten. Intussuszeption komme z. B. fast nur bei kräftigen Säuglingen vor, und die Operation sei infolge dessen ganz harmlos.

Eckhardt.

Leber und Galle.

Leonard Guthrie. *Epidemic catarrhal jaundice.* (Brit. Journ. child. dis., Jan. 1913.)

Verf. beobachtete während einer Epidemie von Icterus catarrhalis 10 Fälle, vom November 1911 bis Jänner 1912. Alle verliefen leicht. Literaturübersicht über ähnliche Epidemien in England seit 1852, bei denen zum Teil auch Erwachsene ergriffen wurden.

Der akute Icterus catarrhalis ist zu unterscheiden von der Weilschen Krankheit. Epidemien des ersteren verlaufen im allgemeinen mild. Todesfälle sind selten, üble Folgen ebenso, während die Mortalität des „infektiösen schweren Ikterus" groß ist. Immerhin soll man auch beim Icterus catarrhalis mit der Prognose vorsichtig sein, da gelbe Leberatrophie auch hierbei vorkommen kann.

Eckhardt.

Urogenitalsystem.

Smith. *Methods of estimating kidney function.* (Schätzung der Nierenfunktion.) (Americ. Journ. Dis. Children, Januar 1913.)

Verf. betont den Wert der Phenolsulphonphthaleinprobe.

Wachenheim (New York).

Ernst Fränkel (Bonn). *Lordotische Albuminurie und Titrationsazidität des Urins.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 42, S. 1974—1976.)

Bei einer Anzahl von Kindern mit lordotischer Albuminurie war im Harn sofort oder mehrere Stunden nach der durch den Lordoseversuch hervorgerufenen oder verstärkten Albuminurie auch ein Ansteigen der Titrationsfähigkeit nachweisbar. Die Eiweißausscheidung nach dem Versuch konnte durch eine vorherige ausreichende Darreichung von Natrium bicarbonicum unterdrückt werden. Bei einem Kinde, dessen Erkrankung den Typus der lordotischen Albuminurie im Anschluß an Scharlachnephritis zeigte, sowie bei Scharlachnephritis selbst blieb die Alkalidarreichung ohne Erfolg.

Nagel-Hoffmann.

Rubin and **Leopold**. *On the cause of the persistence of gonorrheal vulvovaginitis in children.* (Ursache der langen Dauer der gonorrhoischen Vulvovaginitis bei Kindern.) (Americ. Journ. Dis. Children, Januar 1913.)

Aus anatomischen und histologischen Gründen ist die Invasion bei Kindern speziell schwer und tief; daneben ist der Infektion schwer beizukommen, um so mehr, indem Krypten und Adhäsionen sich leicht bilden. Es ist auch nicht genügend bekannt, daß die Portio vaginalis besonders stark affiziert und schwer angreifbar ist.

Wachenheim (New York).

Durlacher (Ettlingen). *Ein Fall von Pseudohermaphroditismus bei einem $1^3/_4$jährigen Kinde und einer scheinbaren Zwitterbildung bei seinem $^1/_4$jährigen Schwesterchen.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 45, S. 2127—2128.)

Kasuistische Mitteilung. Nagel-Hoffmann.

Neurologie und Psychiatrie.

Mello Leitão (Rio de Janeiro). *Treatement of nocturnal enuresis in children.* (Brit. Journ. child. dis., Oct. 1912.)

Literaturübersicht über Theorien und Behandlungsmethoden der Enuresis nocturna. Verf. berichtet über 7 „hartnäckige" Fälle (refraktär gegen medikamentäre Behandlung), die sämtlich mit ein- bis mehrmaliger Injektion von artifiziellem Serum (10 bis 20 cm^3) behandelt wurden. Fünf wurden durch ein- bis dreimalige Injektion geheilt, 2 blieben ungeheilt. Von den beiden letzteren Fällen wurde einer mit täglichen Gaben von 10 g frischer Schafniere behandelt und nach 5 Wochen geheilt. Eckhardt.

Max Klotz (Schwerin). *Die Behandlung der Enuresis nocturna.* (Deutche med. Wochenschr., 1912, Nr. 49, S. 2297.)

Nach Ausschluß organischer lokaler Erkrankungen ist die Enuresis zunächst als zur Hysterie gehörig zu behandeln. Alle

Methoden wirken durch Suggestion, besonders Faradisation, lokale kalte Duschen u. a. Milieuwechsel ist zu empfehlen. Mitunter hilft auch Hypnose. Bei nur sensiblen Kindern, die nicht hysterisch sind, wirkt oft systematisches Wecken, Verminderung der Schlaftiefe durch Tagesschlaf, physikalisch-diätetische Allgemeinbehandlung (streng vegetarisches Regime). Nagel-Hoffmann.

M. Thiemich (Magdeburg-Leipzig.) *Über die Behandlung der Krämpfe im frühen Kindesalter.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 12, S. 537—540.)

Thiemich ist gegen die Nahrungsentziehung und einseitige Kohlehydraternährung, die keineswegs gesetzmäßig günstig, oft direkt ungünstig wirkt. Wo Frauenmilchernährung unmöglich ist, beschränkt er die Milch auf erheblich weniger als $^1/_{10}$ des Körpergewichts. Im 2. Jahr läßt er sie allerdings ganz fort und gibt gemischte Kost (auch Fleisch). An Medikamenten empfiehlt er im Anfall Chloralhydrat (2 bis höchstens 4 Tage lang), dann Phosphorlebertran.
Nagel-Hoffmann.

Haynes. *The treatment of meningitis by drainage of the cisterna magna.* (Behandlung der Meningitis durch Drainage der Cisterna magna.) (Arch. of Ped., Februar 1913.)

Die chirurgische Behandlung der Meningitis ist schon mehrfach angeraten worden. Die bisherigen Mitteilungen sowie die vorliegenden lieferten aber durchaus ungünstige Resultate, wenngleich theoretisch bei chronischen Entzündungen der chirurgische Eingriff die einzige Hoffnung zu bieten scheint.
Wachenheim (New York).

Wachstumskrankheiten und Wachstumsstörungen.

E. Cecil Williams. *Notes on a case of precocious development in a boy aged six years.* (Brit. Journ. child. dis., Dec. 1912.)

Knabe von 6 Jahren (Abbildung), mit voll entwickelten Genitalien, auffallend kräftiger Muskulatur und der tiefen Stimme eines Erwachsenen. Kein Abdominaltumor. Blutdruck höher, als dem Alter entspräche, nämlich 110 mm Hg. Das Wachstum des Knaben schritt rasch fort (Vergleich nach einigen Monaten). Röntgenbilder zeigten einen Ossifikationszustand, der einem Alter von 14 bis 16 Jahren entsprechen würde. Eckhardt.

Schwarz and **Bass.** *Osteogenesis imperfecta.* (Americ. Journ. Dis. Children, Februar 1913.)

Verff. liefern ausführlich Bericht über den Stoffwechsel bei einem Falle. Leider liegen diesen Betrachtungen nicht genügende

Beobachtungen des normalen Stoffwechsels bei Säuglingen zu grunde, so daß vorliegende Mitteilung bloß als Einleitung in dieses Gebiet angesehen werden muß. Namentlich in bezug auf den Kalkumsatz gibt dieser Fall annähernd normale Verhältnisse, die mit dem Befunde kaum stimmen; auch der Phosphorumsatz war normal. Unsere Kenntnisse auf diesem Gebiete befinden sich augenscheinlich in den allerersten Anfängen; die vorliegende Arbeit ist aber besonders nützlich, indem sie die Unzulänglichkeit unserer chemisch-physiologischen Kenntnisse klarstellt. Wachenheim (New York).

Diesing (Groß-Hansdorf b. Hamburg). *Beitrag zur Ätiologie der Rachitis.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 12, S. 552.)

Diesing sieht die Ursache der Rachitis in ungenügender Lichtbestrahlung und dadurch gestörter Hämosiderinbildung.

Nagel-Hoffmann.

H. Chiari. (Straßburg). *Über familiäre Chondrodystrophia foetalis.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 5.)

Verf. stellt die einschlägige Literatur zusammen und schildert dann zwei Fälle, die er binnen Jahresfrist beobachten und sezieren konnte. Sie stammten von demselben Vater, aber zwei verschiedenen Müttern, die allerdings Schwestern sind. Der Großvater (väterlicherseits) macht einen mikromelen Eindruck. Klotz.

La Fétra. *An early case of chondrodystrophy with radiogram and necropsy.* (Röntgenbild und Sektion eines frühen Falles von Chondrodystrophie.) (Americ. Journ. Dis. Children, Januar 1913.)

Das Kind lebte bloß 10 Wochen. Interessant war die Verbindung mit rachitischen Erscheinungen, Hypothyreoidismus und Gaumenspalte. Es bestanden also mehrere Entwicklungsdefekte.

Wachenheim (New York).

Haut.

Comby. *La livedo chez les enfants.* (Arch. de méd. des enfants, Bd. XV, H. 11, p. 801.)

Die Beschreibung der Livedo, id est der marmorierten Haut, ist ein in der französischen Literatur beliebtes Thema. An Hand einer größeren Kasuistik handelt Comby die Ätiologie, Symptomatologie, Prognose(!), Diagnostik und Therapie dieser den Besitzer nicht belästigenden und gegen die Pubertätszeit gewöhnlich verschwindenden Zirkulationsanomalie ab. Über die eigentliche Genese erfährt man

nichts. Sie bevorzugt bestimmte Konstitutionsanomalien, ist aber für keine bestimmte Krankheit charakteristisch. Thorspecken.

Hinzelmann (Gießen). *Über angeborene Sekretstauung in den Talg- und Schweißdrüsen (Miliaria sebacea et Hidrocystomatosis congenitalis).* (Arch. f. Dermatol. u. Syph., Bd. CXI, 2.)

Mit 2 Abbildungen. Ursache: Hypersekretion und relative Stenose der Ausführungsgänge. Thorspecken (Bremen).

Zahnung.

Mc Cullough. *Dental prophylaxis.* (Zahnprophylaxe.) (Arch. of Ped., Januar 1913.)

Sorgfältiges Kauen scheint prophylaktisch wirksamer als die Zahnbürste zu sein. Das erstere soll möglichst durch Behandlung des Gebisses gefördert werden, auch hilft dabei die Erziehung.
Wachenheim (New York).

Zentler. *Relation to, and influence upon, respiration during childhood of normal and abnormal dental arches.* (Verhältnis normaler und abnormaler Zahnbögen auf die Atmung bei Kindern.) (Arch. of Ped., Januar 1913.)

Verf. meint, daß das Verhältnis der Kiefermißbildung zu den adenoiden Wucherungen respektive zu den von letzteren verursachten Atembeschwerden noch nicht aufgeklärt sei. Die Mitteilung bezieht sich speziell auf odontoplastische Bestrebungen und ihre kosmetischen Erfolge. Wachenheim (New York).

Weeks. *Relation between abnormal breathing and malocclusion.* (Verhältnis zwischen abnormer Atmung und fehlerhaftem Zahnverschluß.) (Arch. of Ped., Januar 1913.)

Verf. meint, daß beide Fehler mit Verlegung der obersten Atemwege zusammenhängen. Wachenheim (New York).

Auge.

J. Allan. *A case of interstitial ceratitis.* (Brit. Journ. chid. dis., Dec. 1912.)

Ein Knabe von 10 Jahren mit interstitieller Keratitis wurde ohne Erfolg antiluetisch behandelt. Für Tuberkulose kein klinischer

oder anamnestischer Anhaltspunkt. Auf Guajakoleinreibungen (mit ol. olivar. āā) auf die Bauchhaut, die dreimal in Intervallen von 48 Stunden wiederholt wurden, trat erhebliche Besserung des Visus rechts ein, und zwar von nahezu vollständiger Blindheit bis zu $^6/_9$. Auf dem linken Auge, das auch vor der Erkrankung nicht normal gewesen sein soll, wurde nur $^6/_{60}$ erreicht. Eckhardt.

Chirurgie.

Helbing (Berlin). *Die Technik der Urano-Staphyloplastik.* (Ergebn. d. Chir. u. Orthop., Bd. V. 1913.)

Derselbe. *Erfahrungen bei 100 Gaumenspaltoperationen, mit technischen Mitteilungen.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, Nr. 21.)

Gegenüber der Langenbeckschen Methode stellen die neueren Methoden (Brophy, Lane) schwerere Eingriffe dar und sind zweifellos gefährlicher. Helbing gibt der ersteren deshalb den Vorzug und hat ihren Anwendungsbereich durch Ausarbeitung von Hilfsmethoden erweitert (Spaltverschmälerung durch Stahlbügel oder blutige Annäherung der Oberkieferhälften).

Die Operationsresultate sind nach Helbings Statistik im Säuglingsalter annähernd gleichgut wie bei älteren Kindern (am besten zwischen 4 und 6 Jahren: 87% Heilung). Von 117 Operierten wurden 82 durch einmalige Operation geheilt, 11 nach einer Nachoperation. Bei 15 Fällen ist noch eine Nachoperation vorzunehmen; 8mal mißlang die Operation; nur 1 Todesfall (Krämpfe) ereignete sich.

Helbing tritt für eine frühzeitige Operation ein und führt als Vorteile derselben an: 1. Leichtere Ablösung des Involucrum palati duri vom Oberkiefer und geringerer Blutverlust als bei älteren Kindern, 2. bessere Lebensaussichten des operierten Säuglings, 3. bessere funktionelle Resultate hinsichtlich der Sprache, 4. kräftigere Entwicklung der Gaumenteile, speziell der Alveolarfortsätze des Oberkiefers, wodurch auch die Gesichtsdeformität geringer ausfällt.

Gleich anderen Autoren machte Helbing die Erfahrung, daß die Operationsresultate im Sommer sich besser gestalten als im Winter. Thorspecken (Bremen).

Dobbertin (Berlin-Oberschöneweide). *Die stumpfe untere Tracheotomie mittels Schielhäkchen.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 44, S. 2076—2077.)

Nach Anlegung eines $1^1/_2$ cm langen Hautschnittes werden Faszie, Muskelinterstitium und prätracheales Gewebe schichtweise mit zwei Schielhäkchen in der Längsrichtung durchgerissen. Die Assistenz hat dabei nur mit stumpfen Haken das jeweils durchgeris-

sene Gewebe quer auseinanderzuziehen. Die Operation geht sehr schnell und ist gefahrlos. Nagel-Hoffmann.

Parker. *Surgery of the thymus gland.* (Chirurgie der Thymusdrüse.) (Americ. Journ. Dis. Children, Februar 1913.)

Verf. berichtet über 50 Fälle von Thymektomie; davon verliefen 17 eventuell letal. obgleich die Operation selbst gut vertragen wurde. Wachenheim (New York).

Aage Koch und **H. P. T. Oerum.** *400 Fälle von Intussuszeption aus Dänemark.* (Edinbourgh med. Journ., Bd. IX, S. 227—241.)

Von 397 Fällen entfielen 60% auf das erste Lebensjahr, und $^2/_3$ von diesen entstanden im Alter von 5 bis 7 Monaten. Die Häufigkeit der Erkrankung geht mit zunehmendem Alter stark zurück. Knaben sind häufiger betroffen als Mädchen. Die häufigste Form der Intussuszeption ist die ileozökale; sie macht bei Kindern unter 1 Jahr 81%, bei älteren Kindern 66% der Fälle aus. Fremdkörper im weitesten Sinne schaffen eine Disposition. Dahin gehören Askariden, Polypen und Meckelsche Divertikel. Auffallend häufig sind Brustkinder betroffen. Dem Mißbrauch von Abführmitteln (Rizinusöl) scheint eine gewisse Bedeutung zuzukommen, ebenso der Diarrhöe und auch der Obstipation. Die Prädisposition der Knaben führen die Verf. auf Reizung von den Genitalien aus (Inguinalhernien, Kryptorchismus, Phimose) zurück. Unter den Symptomen ist Erbrechen sehr häufig. Die Entleerung von blutigem Schleim per rectum tritt gewöhnlich sehr bald nach dem Eintritt der Invagination auf, besonders wenn diese tief sitzt. Ein Tumor ist in etwa 85% der Fälle zu tasten, wenn man die Untersuchung in Narkose vornimmt. Vom Rektum aus ist ein Tumor nur in etwa $^1/_3$ der Fälle nachzuweisen. Meteorismus gehört zu den Spätsymptomen. Bei Kindern aus dem 1. Lebensjahr gibt die Operation nur in den ersten 12 Stunden Aussicht auf Rettung, während durch unblutige Behandlung — Reposition in Narkose und hohe Einläufe — auch ältere Fälle eventuell gerettet werden. Bei älteren Kindern gibt die Operation etwa gleichgute Resultate wie die unblutige Reposition, der sie an Sicherheit überlegen ist. Nach dem 2. Tag sind die Aussichten auf Heilung durch Operation schon geringer, so daß der Versuch der unblutigen Reposition gerechtfertigt ist. H. Vogt.

Matthias Westenberger. *Beitrag zur Lehre von den Mischgeschwülsten der kindlichen Scheide.* (Virchows Arch., 1912, S. 279.)

Mischtumor der Vagina bei einem 13 Monate alten Kinde: ein teils mehr fibromatöser, teils mehr sarkomatöser Tumor, der neben der Bindesubstanz und den zahlreichen Blutgefäßen noch glatte und quergestreifte Muskulatur enthält.

Aus der Literatur werden 10 Fälle von Scheidensarkom beim Kinde zusammengestellt.

Die Mischgeschwülste des Harn- und Genitalapparates haben stets besonderes Interesse beansprucht, weil auf Grund der komplizierten, entwicklungsgeschichtlichen Vorgänge an diesem System eine ganze Reihe von Entstehungsmöglichkeiten vorliegt, die auch zur Aufstellung mehrerer Hypothesen geführt haben. Dem Verf. erscheint die Wilms-Meyersche Hypothese am plausibelsten, nach der bei Anlage der aus dem mesodermalen Gewebe stammmenden Nephrotom-, Myotom- und Sklerotomanlage eine Absprengung von Myotomzellen mesodermalen Ursprungs stattfindet; dieser abgesprengte mesodermale Myotomkomplex wächst dann zusammen mit dem übrigen Genitalschlauch nach abwärts, um in der Vagina später zu einer Geschwulst auszuwachsen. Damit wäre die ganz eigenartige Zusammensetzung dieser Tumoren aus Bindegewebe, glatter und quergestreifter Muskulatur, wie sie immer zu finden ist, am leichtesten erklärt. A. Keller (Berlin).

W. Usener (Leipzig). *Maligne Tumoren im Kindesalter.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 47, S. 2223—2224.)

Bericht über vier maligne Tumoren, die sich in einem Jahre unter 173 Geschwülsten bei Kindern fanden: ein Knochen-, ein Nieren-, ein Darm- und ein Bauchdeckensarkom.

Nagel-Hoffmann.

A. Stoffel (Mannheim). *Die Technik meiner Operation zur Beseitigung der spastischen Lähmungen.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 52/53.)

Während die Radikotomie nach Förster einen sehr schweren chirurgischen Eingriff darstellt, scheint die Stoffelsche Operation bedeutend weniger riskant und dabei vergleichsweise vorzüglich erfolgreich zu sein. Stoffel kam zu der Erkenntnis, daß ähnlich wie der Muskel so auch der Nerv kein einheitliches Gebilde ist. Die Neuriten der motorischen Ganglienzelle legen sich an Muskelfasern und die Summe derselben bildet die „Muskeleinheit". Viele „Muskeleinheiten" vereinigen sich zu einem „Muskelabschnitt", mehrere Abschnitte „zu einem Komplex" und mehrere „Komplexe" zu „einer Gesamtheit", deren mehrere sich endlich zu einer Extremitätenmuskelgruppe zusammenschließen. Analog ist auch der motorische Nerv gebaut. Wie in einer Kabelseele verlaufen die einzelnen motorischen Nervenbahnen beieinander und an sie angelagert auf dem Wege zum Rückenmark auch sensible Bahnen.

Durch genaueres Studium mittels der galvanischen Nadelelektrode konstruierte Stoffel die „Topographie des Nerven". Der Operateur darf also am großen Nerven nicht blindlings irgend ein Stück herausschneiden oder durchtrennen, sondern muß genau wissen, welchen Funktionsausfall er bewirken oder welchen Zuwachs er bei Überpfropfungen erreichen will.

Stoffel sieht nun die sogenannten spastischen Lähmungen beziehungsweise Kontrakturen als Störungen des Muskelgleichgewichtes an. Aufgabe der Therapie ist es daher, den Tonus der spastischen Muskeln zu schwächen, den der Antagonisten zu stärken. Das wird erreicht durch Reduktion der kraftliefernden Muskelabschnitte, durch partielle Vernichtung der motorischen Nervenbahn.

Der Operateur muß demgemäß in minutiöser Arbeit die betreffenden Bahnen, die er ausschalten will, im Nervenkabel heraussuchen.

Die sehr ausgedehnten technischen Darlegungen, die gar nicht in eine allgemeinärztliche Wochenschrift gehören, können hier nicht referiert werden.

Stoffel berichtet über sehr schöne Erfolge, betont aber die außerordentliche Bedeutung der Nachbehandlung. Diffuse Spasmen und Athetose, zu jugendliches Alter und stärkere Intelligenzdefekte sind Kontraindikationen! Klotz.

Orthopädie.

L. Lewy (Freiburg i. Br.). *Angeborene Skoliosen.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 12, S. 558—559.)

Bericht über 2 angeborene Skoliosen, wo Keilwirbel die Ursache der Deformität bildeten. Die Behandlung besteht in den bei erworbenen Skoliosen üblichen Maßnahmen, ist aber wenig aussichtsreich. Nagel-Hoffmann.

W. Böcker (Berlin). *Zur Frage der Arthrodese.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 10, S. 458—459.)

Gelenkversteifung kommt nur für Schlottergelenke in Frage. Am Hüftgelenk ist sie wegen der Gefahr des Eingriffes, des unsicheren Erfolges und der Behinderung beim Sitzen zu vermeiden, am Knie einseitig erlaubt, am Fuß auch doppelseitig zu empfehlen. Ebenso ist auch am Schultergelenk die Arthrodese angebracht, nicht aber am Ellbogen. Bei Kindern ist in jedem Falle Apparatbehandlung vorzuziehen. Nagel-Hoffmann.

O. Vulpius (Heidelberg). *Die Behandlung des angeborenen Klumpfußes.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 13, S. 585—588.)

Die Behandlung kann im 3. bis 4. Monat beginnen und besteht in einem täglich vorzunehmenden manuellen Redressement, dessen Erfolg einige Stunden lang durch Bindenwicklung festgehalten wird. Nach einigen Wochen folgt dann kräftiges Schlußredressement in

Narkose, Gipsverbände, schließlich Massage und etwas Gymnastik. Bei 3- bis 4jährigen Kindern nimmt man das gewaltsame Redressement in Narkose ohne Vorbereitung vor. In schweren Fällen ist die Operation zu empfehlen, und zwar Talusaushöhlung oder -extirpation mit Raffung des Extensor digitorum oder Überpflanzung des Extensor hallucis. Nagel-Hoffmann.

Mißbildungen.

H. Küttner (Breslau). *Die Hyomandibularfistel, eine neue Form der angeborenen Halsfistel.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 11, S. 489—491.)

Ein Fall einer angeborenen, mit dem äußeren Gehörgang kommunizierenden stark sezernierenden seitlichen Halsfistel. Genetisch ist sie auf Hemmungsbildung im Gebiet der 1. Kiemenspalte zurückzuführen. Histologisch war Knorpel des Hyoidbogens nachweisbar. Nagel-Hoffmann.

Walter Knape. *Eine seltene Herzmißbildung bei Situs inversus abdominis.* (Virchows Arch., Bd. CCIX, 1912, S. 473.)

Cor biloculare. Fehlen des Truncus pulmonalis. Anastomose zwischen der beiderseits vor der Aorta verlaufenden Arteria pulmonalis und einer vom Bogenteile der Aorta abgehenden Arterie.

A. Keller (Berlin).

Y. Noguchi. *Ein Beitrag zur Pathologie des kongenitalen partiellen Darmdefektes.* (Virchows Arch., Bd. CCIX, 1912, S. 220,)

Kurze Literaturangaben über die ätiologischen Anschauungen betreffend Darmstenose und Mitteilung eines eigenen Falles von kongenitalem Darmmesenterialdefekt bei einem frühgeborenen weiblichen Kinde, welches am 7. Lebenstage starb.

A. Keller (Berlin).

Brennemann. *Congenital atresia of the oesophagus.* (Angeborener Ösophagusverschluß.) (Americ. Journ. Dis. Children, Februar 1913.)

Verf. berichtet über 3 Fälle: die Säuglinge lebten 7 bis 9 Tage.

Wachenheim (New York).

Vakzinationen.

Voigt (Hamburg). *Die Kuhpockenimpfung und das Lama.* (Zentralbl. f. Bakt., I Orig., Bd. LXVIII, S. 49.)

Das Lama eignet sich nach den Versuchen des Verf. ausgezeichnet zur Bereitung der Lymphe. Die Impferfolge bei Menschen und Rindern mit diesem Impfstoff, den Verf. „Lamine" nennt, waren ausgezeichnet. Th. Messerschmidt (Straßburg).

Hygiene und soziale Medizin.

Louis Devraigne. *La loi sur le repos des femmes en couches au Sénat.*

Vaudescal. *Le „Maternity Benefit" d'Angleterre. Ses conséquences sur l'enseignement et la pratique de l'obstétrique en Ecosse.* (Remarques sur quelques lois de protection de la femme enceinte et accouchée et sur leurs consequences.) (Arch. mens. d'Obstétr. et de Gyn., 1913, XVIII, p. 82.)

Der erste Teil beschäftigt sich mit dem Gesetzentwurf bezüglich Wöchnerinnenschutz, der, seit langer Zeit von Paul Strauß vorbereitet, nun endlich die Zustimmung der Regierung und des Senates gefunden hat und wohl auch weiterhin von der Kammer angenommen werden dürfte.

Der zweite Teil beschäftigt sich mit der Wöchnerinnenhilfe, welche durch das englische Versicherungsgesetz geschaffen wird, und mit dem Einfluß des Gesetzes auf die Geburtshilfe.

A. Keller (Berlin).

Baker. *The reduction of infant mortality in New York City.* (Die Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit in der Stadt New York.) (Americ. Journ. Dis. Children, Februar 1913.)

Die von 1890 bis 1903 erzielte Herabsetzung kam im folgenden Lustrum zum Stillstand, so daß im Jahre 1908 neue Methoden, nämlich strengere Milchvorschriften und die Gründung einer Abteilung für Kinderfürsorge, eingeführt wurden. Es fand tatsächlich in den 4 folgenden Jahren eine Herabsetzung der Mortalität um 30% statt, die durch die ungewöhnliche Hitze des Frühsommers 1911 nicht gestört wurde. Verf. legt das Hauptgewicht auf die Errichtung von Anstalten nach dem Muster der „Gouttes de lait"; daneben befürwortet sie ernsteres Vorgehen gegen kongenitale Momente. Nicht genug Gewicht wird auf die Abschaffung schlechter Behausung gelegt; auch wird der Einfluß der Witterung in ungünstigen Jahren

kaum gewürdigt; dieses Moment ist anderseits nicht zu umgehen und wird immer ein Hindernis bleiben.

Wachenheim (New York).

E. Vollmer (Bad Kreuznach). *Über Kinderheilstätten und über Seehospize im Kampfe gegen die Tuberkulose.* (VI. Intern. Kongreß f. Physiotherapie, Berlin, 26.—29. März 1913.)

Die Kinderfürsorge speziell für skrofulöse Kinder kann nicht intensiv genug betrieben werden. Hier kann durch Prophylaxe wirklich etwas erreicht werden. Die Auswahl dieser Kinder ist eine der wichtigsten Aufgaben der Schulärzte, deren allgemeine Anstellung in Stadt und Land viel schneller erfolgen sollte. Die Entscheidung, ob Solbad oder Seebad, hängt von mancherlei Faktoren ab. Kinder aus dem Gebirge schickt man zweckmäßig einmal an die See, Kinder aus den Seestädten wieder ins Gebirge.

K. Reicher (Bad Mergentheim).

Schule.

L. Storrow Shennan. *Bedeutung der Zahnpflege für den Gesundheitszustand der Schulkinder. Errichtung von Schulzahnkliniken.* (Edinbourgh med. Journ., Bd. IX. S. 129—137.)

Verf. gibt einen Überblick über die in den verschiedenen Ländern der Kulturwelt getroffenen Einrichtungen zur Zahnpflege im schulpflichtigen Alter und tritt gestützt auf seine eigene Erfahrung als Schulzahnarzt für die Errichtung von Schulzahnkliniken in Schottland ein.

H. Vogt.

Inhalt.

Physiologie und allgemeine Pathologie. **Leitao.** *Blutdruck 357.* — **Carpenter** und **Gittings.** *Blutgerinnung 357.* — **Herrmann und Neumann.** *Lipoidgehalt des Blutes 357.* — **Nicloux.** *Übergang von Kohlenoxyd auf den Fötus. 358.* — **Vogel.** *Milzfunktion 358.* — **Külbs.** *Wachstum 358.* — **Herrman.** *Entwicklung im ersten Lebensjahre 359.* — **Lesage** und **Collin.** *Resistenz gegen Ermüdung 359.* — **Diagnostik. Marfan, Ménard** und **Saint-Girons.** *Peroxydase in pathologischen Flüssigkeiten 359.* — **Pharmakologie**

und Toxikologie. **Wolff.** *Opiate 359.* — **Schüffner** und **Vervoort.** *Wurmmittel 360.* — **Romberg.** *Digitalis 360,* — **Steensma.** *Kalziumchlorid 361.* — **Fürstenberg.** *Radium und Thorium 361.* — **Barrington-Ward.** *Hedonalanästhesie 361.* — **Serologie und Immunitätslehre.** **Goodall.** *Überempfindlichkeit 362.* — **Uffenheimer.** *Harngiftigkeit und Anaphylaxie 362.* — **Jobling** und **Stronse.** *Immunisierung mit pathologischen Spaltprodukten der Pneumokokken 363.* — **Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.** **Crookshank.** *Säuglingsernährung 363.* — **Stoeltzner.** *Larosan 363.* — **Küsel.** *Ernährung und Zähne 364.* — **Suzuki, Shimamura** und **Odake.** *Ernährung mit Reis 364.* — **Lesné** und **Richet.** *Alimentäre Anaphylaxie 364.* — **Milchwissenschaft und Molkereipraxis.** **Comby.** *Trockenmilch 365.* — **Hohenadel.** *Yoghurt 366.* — **Coit.** *Erhitzte und übererhitzte Milch 366.* — **Müller.** *Labfähigkeit der Milch 366.* — **Sulkowski.** *Verhalten der Milch zu Ammonsulfat 366.* — **Stoffwechsel.** **Christiansen.** *Freie und gebundene Salzsäure 367.* — **van Dam.** *Kaseinverdauung 367.* — **Frank.** *Ausnutzung von Vollmilch und kaseinangereicherter Kuhmilch 367.* — **Koplik** und **Crohn.** *Stoffwechsel bei kongenitalem Fehlen der Gallengänge 368.* — **Dibbelt.** *Kalkstoffwechsel und Rachitis 368.* — **Figueira** und **Lopes.** *Alimentäres Fieber 368.* — **Ostrowski.** *Urobilinurie 368.* — **Weiser.** *Stoffwechsel beim wachsenden Schwein 368.* — **Neugeborene.** **Wolff. Franz.** *Melaena neonatorum 369.* — **Diathesen.** **Schridde.** *Status thymo-lymphaticus 370.* — **Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen.** **Straub** *370.* — **Rongel. Philip. Lepage** *372.* — **Möllers. Kahn** *373.* — **Baemeister. de Besche** *Tuberkulose 374.* — **Mac Neil** und **Mac Gowan** *374.* — **Holth. de Buys.** *Syphilis 375.* — **Blooker** *375.* — **Brückner. Rolleston. Meyer. Kretschmer** *376.* — **Belak.** *Scharlach 377.* — **Granger** und **Pole.** *377.* — **Schippers** und **de Lange** *377.* — **Mautner. Aronson** und **Sommerfeld.** *Masern 378.* — **David. Rohmer** *378.* — **Rolleston. Eckert. Beyer. Koch** *379.* — **Schmidt. Beyer. Conradi** *380.* — **Gins.** *Diphtherie 381.* — **Klimenko. Bamberger.** *Keuchhusten 381.* — **Ardin-Delteil. Raynaud** und **Coudray** *381.* — **Samelson.** *Typhus 382.* — **Leitao.** *Dysenterie 382.* — **Howard** und **Clark. Comby. Peltesohn** *382.* — **Josefson. Schong.** *Poliomyelitis 383.* — **Jordan.** *Rheumatismus 383.* — **Respirationsorgane.** **Brandenburg.** *Laryngitis subchordalis 383.* — **Phillips** und **Ruh.** *Laryngangiom 383.* — **Blut- und blutbildende Organe.** **Kretschmer.** *Bakteriologische Blutuntersuchungen 384.* — **Strauch.** *Leukämie 384.* — **Mandlebaum.** *Splenomegalie 384.* — **Grosser** und **Schaub.** *Banlische Krankheit 385.* — **Innere Sekretion.** **Kutschera.** *Kropf 385.* — **Verdauungstraktus.** **v. Bergmann.** *Ileus peptikum 386.* — **Mummery.** *Akuter Darmverschluß 387.* — **Leber und Galle.** **Guthrie.** *Katarrhalischer Ikterus 387.* — **Uro-**

genitalsystem. **Smith.** *Nervenfunktion 387.* — **Fränkel.** *Lordotische Albuminurie 387.* — **Rubin** und **Leopold.** *Gonnorrhoische Vulvovaginitis 388.* — **Durlacher.** *Pseudohermaphroditismus 388.* — **Neurologie und Psychiatrie.** **Leitao.** **Klotz.** *Enuresis 388.* — **Thiemich.** *Behandlung der Krämpfe 389.* — **Haynes.** *Meningitis 389.* — **Wachstumskrankheiten und Wachstumsstörungen.** **Williams.** *Vorzeitige Entwicklung 389.* — **Schwarz** und **Bass.** *Osteogenesis imperfecta 389.* — **Diesing.** *Rachitis 390.* — **Chiari.** **La Fetra.** *Chondrodystrophie 390.* — **Haut.** **Comby.** *Livedo 390.* — **Hinzelmann.** *Sekretstauung in den Talg- und Schweißdrüsen 391.* — **Zahnung.** **Cullough.** *Zahnprophylaxe 391.* — **Zentler.** **Weeks.** *Entwicklung der Zahnbögen und Atmung. 391.* — **Auge.** **Allan.** *Interstitielle Keratitis 391.* — **Chirurgie.** **Helbing.** *Gaumenspalte 392.* — **Dobbertin.** *Tracheotomie 392.* — **Parker.** *Chirurgie der Thymusdrüse 393.* — **Koch** und **Oerum.** *Invagination 393.* — **Westenberger.** *Mischgeschwülste der Vagina. 393.* — **Usener.** *Maligne Tumoren 394.* — **Stoffel.** *Beseitigung spastischer Lähmungen 394.* — **Orthopädie.** **Lewy.** *Skoliose 395.* — **Böcker.** *Arthrodese 395.* — **Vulpius.** *Klumpfuß 395.* — **Mißbildungen.** **Küttner.** *Halsfistel 396.* — **Knape.** *Herzmißbildung 396.* — **Noguchi.** *Darmdefekte 397.* — **Brennemann.** *Oesophagusverschluß 396.* — **Vakzinationen.** **Voigt.** *Kuhpockenimpfung und Lama 397.* — **Hygiene und soziale Medizin.** **Devraigne.** **Vaudescal.** *Wöchnerinnenschutz 397.* — **Baker.** *Säuglingssterblichkeit in New York 397.* — **Vollmer.** *Kinderheilstätte und Seehospize 398.* — **Schule.** **Shennan.** *Zahnpflege bei Schulkindern 398.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin, W. 50, Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny	Göppert	Knöpfelmacher	Moro	Thiemich	Tobler
Berlin	Göttingen	Wien	Heidelberg	Leipzig	Breslau

Berend	Comba	Johannessen	Koplik	Marfan	Thomson	Wieland
Budapest	Florenz	Kristiania	New-York	Paris	Edinburg	Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis der Abteilung „Referate" (ca. 50 Bogen) Mk. 24.—.
Preis der Abteilung „Originalien" (ca. 35—40 Bogen) Mk. 20.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XII. **Referate.** Nr. 6.

Bericht über die deutsche ophthalmologische Literatur von 1912.

Von **Dr. Gallus** (Bonn).

Adam und **Wäzold.** Über Conjunctivitis tuberculosa (Parinandsche Erkrankung). (Arch. f. Ophthalm., Bd. LXXXI, S. 228.)

Attias. Embryotoxon und Arcus corneae juvenilis. (Arch. f. Ophth., Bd. LXXXI, S. 505.)

Derselbe. Arcus juvenilis und Arcus senilis corneae. (Zeitschr. f. Aug., Bd. XXVIII, S. 239.)

Baeh. Ätiologie und Verlauf der Erkrankungen des Uvealtraktus. (Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XXVII, S. 8.)

Clausen. Ätiologische, experimentelle und therapeutische Beiträge zur Kenntnis des Keratitis intestitialis. (Arch. f. Ophth., Bd. LXXXII, S. 399.)

Colombo. Das Gonokokkenserum in der Therapie der Gonoblennorrhöe der Bindehaut der Neugeborenen und seine Wirkungsweise. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Bd. L, I, S. 385.)

Derselbe. Die Autodarmintoxikation in der Pathogenese der ekzematösen Keratokonjunktivitis. (Klin. Monatsbl., Bd. L, H. 10, S. 610.)

Deutschmann. Über ein atypisches Netzhautgliom. (Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XXVII, S. 225.)

Dutoit. Klinische Beobachtung von 6 Fällen von Neuritis optica bei Masern, bei Scharlach, bei Typhus abdominalis und bei Influenza. (Arch. f. Augenheilk., Bd. LXXI, S. 1.)

Elsching. Zur Kenntnis der Anomalien der Lidspaltenform. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Bd. L, I, S. 17.)

Gebb. Beitrag zur Augenhintergrundstuberkulose. (Arch. f. Augenheilk., Bd. LXXI, S. 89.)

Gilbert. Über angeborenen Totalstar und Netzhautanomalien. (Arch. f. Ophth., Bd. LXXXI, S. 87.)

Ginsberg und **Cohn.** Pseudotumor der Iris bei einem Kinde. (Arch. f. Ophth., Bd. LXXXI, S. 189.)

Handmann. Über temporäre Myopie bei orbitalen Neubildungen. (Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XXVIII, S. 542.)

v. Herrenschwand. Experimentelle Untersuchungen zur Airoltherapie der Gonoblennorrhöe. (Arch. f. Ophth., Bd. LXXXII, S. 372.)

Derselbe. Weitere Erfahrungen bei Tuberkulinbehandlung von Augenkrankheiten. (Arch. f. Augenheilk., Bd. LXXI, S. 104.)

Derselbe. Zu den Augenerkrankungen nach Schutzpockenimpfung. (Arch. f. Augenheilk., Bd. LXXIII, S. 1.)

v. Hippel. Über Indikanurie bei Augenkrankheiten. (Arch. f. Ophth., Bd. LXXXI, S. 105.)

Ito. Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie bei Retinitis syphilitica hereditaria. (Arch. f. Augenheilk., Bd. LXXIII, S. 4.)

Jaspers. Zur Myopiefrage. (Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XXVII. S. 495.)

Kall. Die Behandlung der ekzematösen Hautkrankheiten mit bewegter heißer Luft (Heißluftdusche). (Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XXVII, S. 343.)

Krauß. Zur Anatomie der glatten Muskeln der menschlichen Augenhöhle nach Untersuchungen am Neugeborenen. (Arch. f. Augenheilk., Bd. LXXI, S. 277.)

Krusius. Heredität, Gesichtstypus und Retraktionsanomalien. (Ber. über die 38. Versamml. d. ophth. Gesellsch., Heidelberg, S. 73.)

Lindahl. Über die Pupillaröffnung des Augenbechers in frühesten Entwicklungsstadien mit besonderer Rücksicht auf die Bedeutung der Formverhältnisse desselben für unsere Auffassung von der Entstehung der Iriskolobome. (Arch. f. Augenheilk., Bd. LXXII, S. 123.)

Majewski. Eine seltene Anomalie der oberen Tränenwege (Arch. f. Augenheilk., Bd. LXX, S. 349.)

Meißner. Die Parinandsche Konjunktivitis und die Tuberkulose der Bindehaut. (Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XXVII, S. 129.)

Pagenstecher. Die kausale Genese von den Augenmißbildungen und angeborenen Staren. (Ber. über die 38. Versamml. d. ophth. Ges. Heidelberg, S. 46.)

Rosenhauch. Über die sogenannte Konjunktivitis Parinand. (Arch. f. Augenheilk., Bd. LXXII, S. 162.)

Rubert. Über die Ätiologie der phlyktänulären Augenentzündungen. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Bd. L, II, S. 273.)

Rübel. Kongenital-familiäre Flachheit der Kornea (Cornea plana). (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., B. L, S. 427.)

v. Scily. Über die primäre Ursache der Mißbildung des Auges. (Ber. über die 38. Versamml. d. ophth. Gesellsch. Heidelberg, S. 40.)

Derselbe. Experimentelle Tumoren bei Embryonen und ihre Bedeutung für die Gliomgenese. (Ber. über d. 38. Versamml. d. ophth. Gesellsch., Heidelberg, S. 325.)

Derselbe. Über die einleitenden Vorgänge bei der ersten Entstehung der Nervenfasern im Nervus opticus. (Arch. f. Ophth., Bd. LXXXI, S. 67.)

Siegrist. Für Ätiologie des Keratokonus. (Ber. über d. 38. Vers. d. Ophth. Gesellsch., Heidelberg, S. 187.)

Siegrist und **Rotter.** Beitrag zur pathologischen Anatomie und Therapie des Hydrophthalmus congenitus. (Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XXVIII, S. 114.)

Stuelp. Ist die sogenannte gastrointestinale Autointoxikation (Indikanurie) eine häufige Ursache von Augenkrankheiten? (Arch. f. Ophth., Bd. LXXX, S. 548.)

Verderame. Sensibilität und Nervenendigungen in der Kornea des Neugeborenen. (Ber. über die 38. Versamml. d. ophth. Gesellsch., Heidelberg, S. 290.)

Voirol. Untersuchungen über Refraktion, Visus, Farbensinn und Muskelgleichgewicht an den Augen von 939 Schulkindern. (Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XXVIII, S. 95.)

Wiegmann. Ein Fall von Sehnervenentzündung nach Keuchhusten. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Bd. L, I, S. 460.)

Krauß fand bei Neugeborenen die Augenhöhle unten von einer Membran verschlossen, die eine Fortsetzung der Periorbita bildet, sie stellt die Basis für einen unter dem Einflusse des Sympathikus stehenden, glatten Muskel dar, der infolge seiner topographischen Lagerung und seiner Form wohl einen Einfluß sowohl auf die Verengerung und Erweiterung des orbitalen Raumes haben und damit bei der Frage des Enophthalmus und Exophthalmus eine Rolle spielen dürfte. Weiterhin ist der Nachweis dieses Gebildes wohl wichtig für die In- und Abflußverhältnisse der intraorbitalen Flüssigkeiten, da die Muskel vielfach von Spalten durchsetzt ist, die den Lymph- und Blutbahnen, besonders den kleinen Venen, zum Durchtritt dienen.

Über sehr interessante Versuche berichtet Verderame: Er konnte an 200 Kindern vom Neugeborenen bis zum zweiten Lebensjahre feststellen, daß die Berührung der Hornhaut bei den Neugeborenen keinen Reflex auslöst, auch scheinen keine Schmerzen aufzutreten, höchstens verrät einmal eine Bewegung des Lides oder ein Herumdrehen des Kopfes, daß die Berührung überhaupt empfunden wird. Erst mit Beginn des vierten Monates ist zuerst eine Sensibilität der Kornea nachzuweisen, deren Nachweis immer deutlicher wird, so daß etwa mit dem 10. Monat keinerlei Unterschied gegenüber dem Verhalten bei Erwachsenen zu konstatieren ist. Die Frage, ob dieses Verhalten auf eine noch nicht vollendete Ausbildung der Nervenendigungen in der Hornhaut zu beziehen ist, wurde an 15 frisch gewonnenen Präparaten studiert, zeitigte aber das Ergebnis, daß sich in der Struktur der Nervenendigungen gegenüber den Verhältnissen beim Erwachsenen keinerlei Unterschiede nachweisen ließen. Es bleibt daher nichts anderes übrig, als anzunehmen, daß die zentrale Nervenleitung noch nicht völlig funktionsfähig ist.

Lindahl fand bei seinen Untersuchungen über den Augenbecher des Menschen, daß der Rand desselben in einer frühzeitigen Entwicklungsperiode fünf Einschnitte aufweist. Er glaubt infolgedessen, diesen Befund zur Erklärung von Iriskolobomen heranziehen zu können, die als Hemmungsbildungen auf diesen Einkerbungen zu deuten wären.

Aus der Arbeit von v. Scily über die einleitenden Vorgänge bei der ersten Entstehung der Nervenfasern im Nervus opticus kann an dieser Stelle nur kurz referiert werden, daß der genannte Forscher zu Resultaten kam, die z. T. ganz neue Momente in diese Frage hineinbringen. Bei der ersten Entwicklung spielen jedenfalls Veränderungen eine Rolle, welche bisher wenig beachtet waren und die man als physiologische Degenerationen bezeichnet hat. Diesen zerfallenden Nervensubstanzen kommt eine attrahierende Wirkung zu, so daß es sich um einen Chemotropismus handelt. Damit wäre der Nachweis erbracht, daß die Nervenentwicklung unter dem Anreiz von Stoffen vor sich geht, die man schon länger vermutete und mit dem Namen „Taxide" spezifische Locksubstanzen bezeichnete.

Offen bleibt vorläufig noch die Frage, welche Faktoren der jungen Nervenfaser die Kenntnis des ihm gewöhnlich eigenen Weges und typischen Zieles vermitteln.

Nach demselben Forscher ist die Ansicht, daß die typischen Mißbildungen des Auges auf toxischen Einflüssen beruhe, zwar nicht ausgeschlossen, scheint aber auf Grund seiner Untersuchungsergebnisse noch keineswegs erwiesen. So konnte er u. a. die Angabe Pagenstechers, daß man durch Naphthalinfütterung zu bestimmten Zeiten der Entwicklung des Embryo Mißbildungen des Auges willkürlich hervorrufen könne, nicht bestätigen.

Dagegen demonstriert Pagenstecher eine Reihe von Präparaten, die Linsenmißbildungen und Stare zeigen, welche auf die erwähnte Weise gewonnen waren. Ob die eine oder andere Form der Linsenschädigung entsteht, soll nur von der Intensität des toxischen Herganges abhängen.

Ito konnte die bereits früher konstatierte Tatsache bestätigen, daß Retina und Chorioidea unabhängig voneinander erkranken können. In seinem Falle handelte es sich um Retinitis durch hereditäre Lues. Gleichzeitig fanden sich an der Gehirnbasis ähnliche Gefäßveränderungen, wie sie in der Netzhaut nachzuweisen waren. Die Augenhäute erkranken jedoch nicht im Anschluß an die Gefäßveränderungen, sondern durch direkte Einwirkung der Spirochäten beziehungsweise ihrer Gifte.

Drei Brüder, die Rübel beobachten konnte, litten an einer merkwürdigen Abflachung der Hornhaut, verbunden mit feinen, parenchymatösen Taubungen. Dabei ist die Kornea gegen die Sklera unscharf und unregelmäßig abgegrenzt. Der kleine Iriskreis ist zum Teil gar nicht vorhanden, zum Teil nur sehr schwach entwickelt. Bei einem der Kranken fand sich einerseits eine fadenförmige vordere Synechie, ohne daß Anzeichen einer Perforation vorhanden waren. Die Frage, ob es sich hier um eine Hemmungsbildung handelt, ein Gedanke, den der letzterwähnte Befund nahelegt, oder um die Folgen einer intrauterinen Entzündung, läßt Verf. offen. Für Lues waren bei sorgfältiger Exploration und z. T. bei negativer Wassermannscher Reaktion keinerlei Anhaltspunkte zu gewinnen.

Attiaš lenkt die Aufmerksamkeit in zwei Publikationen auf das Vorkommen einer dem bekannten Greisenbogen ähnlichen Bildung im jugendlichen Alter. Charakteristisch soll für diese letztere Form sein das öfter einseitige Auftreten, die Asymmetrie und ungleiche Größe, alles das im Gegensatz zu den umgekehrten Verhältnissen beim Greisenbogen. Beim jugendlichen Arcus corneae ist ferner die Abgrenzung gegen das normale Gewebe meist scharf, auch liegen die Trübungen mehr in den oberflächlichen Hornhautschichten.

Die Gliome sind nach ihrem Bau schon längst der Gruppe von Geschwülsten zugeteilt worden, die mit Sicherheit auf eine Entwicklungsstörung zurückzuführen sind. v. Scily hat bei Gelegenheit seiner schon oben besprochenen Versuche über Mißbildungen und ihre künstliche Erzeugung unter anderem auch künstliche Tumoren hervorgebracht, und zwar hauptsächlich Gliome. Er konnte im

Embryo die Gliomrosetten in der ersten Anlage nachweisen und die Bildungen bis zur Entwicklung wirklicher Tumoren verfolgen. v. Scily hat damit zum ersten Male den Beweis erbracht, daß es gelingt, primäre, embryonale Tumoren künstlich hervorzurufen.

Die Beobachtung von Ginsberg und Cohn betrifft einen diagnostisch interessanten Fall, wo bei einem Kinde eine klinisch alle Zeichen eines malignen Tumors der Iris aufweisende Neubildung auftrat, die sich mikroskopisch als ein aus Riesenzellen bestehender Pseudotumor entpuppte.

Durch die Forschungen Siegrists scheint die Frage der Ätiologie des Keratokonus eine erhebliche Förderung zu erfahren, wenigstens ist hier zum ersten Male der Versuch gemacht, durch systematische Allgemeinuntersuchung der mit der rätselhaften Anomalie behafteten Patienten Anhaltspunkte für eine Erklärung des Leidens zu finden. Stets handelt es sich um nervöse, zart gebaute blasse Individuen, die Mehrzahl der Fälle war ferner auffallend trocken, es bestand geringe Disposition zur Schweißbildung sowie Gedächtnisschwäche und Haarausfall. Der Hämoglobingehalt des Blutes war normal, auch weicht der Gehalt an roten Blutkörperchen nicht vom Normalen ab. Dagegen fand sich eine exquisite Vermehrung der Lymphozyten sowie eine hochgradige Beschleunigung der Blutgerinnung. Es liegt also ein Zustand vor, der als Hypothyreoidismus zu bezeichnen ist. Daß somit Beziehungen zwischen Keratokonus und Hypothyreoidismus bestehen müssen, kann wohl nicht mehr bezweifelt werden, wenn sich auch noch nicht sagen läßt, ob die Schilddrüse mangelhaft funktioniert oder ob es sich um eine unbekannte Störung einer anderen Drüse mit innerer Sekretion handelt. Daß Hypothyreoidismus allein die Ursache für den Keratokonus nicht sein kann, geht schon daraus hervor, daß doch nur ein ganz kleiner Teil der mit ersteren Leiden befallenen Kranken auch das letztere Leiden aufweisen.

Rubert konnte am Tierauge Gebilde erzeugen, die klinisch und histologisch mit Phlyktänen des Menschen identisch sind. Sie lassen sich nur hervorrufen an tuberkulös erkrankten oder mit Tuberkulin behandelten Tieren. Andere pathologische Allgemeinzustände, exsudative Diathese oder Intoxikation durch Darmleiden ohne gleichzeitige Tuberkulose können ätiologisch nicht angeschuldigt werden. Endlich gehört zum Zustandekommen der Phlyktänen noch ein äußerer Reiz.

Zu der an dieser Stelle bereits häufiger besprochenen Therapie tuberkulöser Augenkrankheiten mit Tuberkulin bringt v. Herrenschwand einen neuen Beitrag an der Hand von 135 Fällen. Es wurde Bazillenemulsion verwandt, wobei äußerst günstige Erfolge erzielt wurden in den Fällen von Chorioiditis disseminata, Iritis und Iridochorioditis, desgleichen bei Retinitis haemorrhagica. Ebenso war der Heilerfolg ein guter bei 3 Fällen von Keratitis parenchymatosa. Da gerade über die Beeinflussung dieses Leidens durch Tuberkulintherapie die Erfahrungen früherer Autoren sehr wenig ermutigende waren, so ist ein Fall des Verfassers besonders bemerkenswert, in dem ein guter Erfolg erzielt wurde bei durch negativen Wassermann

und positive Tuberkulinreaktion ätiologisch sichergestellter tuberkulöser Basis. In 2 anderen Fällen war bei positivem Wassermann auch noch eine Schmierkur angewandt worden, so daß dieselben an Beweiskraft erheblich einbüßen. Auch die selteneren Erkrankungen des Sehnerven und der Netzhaut sowie einmal eine Tuberkulose des Tränensackes wurden mit Erfolg der Behandlung unterzogen, das Hauptkontingent aber bildeten selbstverständlich die phlyktämilären Affektionen, von denen nur die schweren Fälle der spezifischen Behandlung unterzogen wurden.

Sehr interessante Beiträge zur Ätiologie und zum Verlauf der Erkrankungen des Urealtraktus bringt Bach, der das gesamte Material der Marburger Klinik aus 16 Jahren nach diesen Gesichtspunkten erneut untersuchte. Unberücksichtigt blieben die tuberkulösen Granulationsgeschwülste und die zweifellos luetischen Erkrankungen. Iritis, Iridochorioiditis, Zyklitis, Chorioiditis beruhten in 15 bis 20% auf tuberkulöser Grundlage, so daß die Tuberkulose alle Teile des Urealtraktus nahezu in gleichem Maße ergriffen werden. Rheumatismus fand sich dagegen bei Iritis in 18%, bei Chorioiditis nur in 7% der Fälle als ätiologischer Faktor. Ätiologisch unklar blieben trotz genauester daraufhin gerichteter Aufmerksamkeit 47% von Iritis und sogar 59% von Chorioiditis. Bezüglich der Heilung steht Iritis mit 70% am günstigsten, Chorioiditis wurde dagegen nur in 40% geheilt. Der Tuberkulintherapie gegenüber verhält sich Verf. äußerst reserviert.

Rosenhauch betont, daß nicht erwiesen sei, daß die sogenannte Parinandsche Konjunktivitis stets auf Tuberkulose zurückzuführen sei. Was wir heute mit dem Namen der erwähnten Krankheit bezeichnen, sei nichts anderes als ein klinisch sehr ausgesprochenes charakteristisches Bild, dessen Ätiologie zweifellos für einzelne Fälle die Tuberkulose darstellt. An einer Reihe eigener Beobachtungen führt Verf. den Nachweis, daß der in Rede stehende Symptomenkomplex auch zustandekommen kann ohne tuberkulöse Grundlage, so daß es nicht ausgeschlossen scheint, daß weitere Erfahrungen uns lehren werden, daß die sogenannte Parinandsche Konjunktivitis wohl klinisch, nicht aber ätiologisch ein einheitliches Krankheitsbild darstellt.

Auch Adam und Wäzold geben auf Grund klinischer und experimenteller Studien die Möglichkeit zu, daß sich unter dem Namen Parinandsche Konjunktivitis verschiedene Erkrankungsformen vereinigt finden, doch gelang ihnen in dem von ihnen beobachteten Fall bei einem 9jährigen Knaben der einwandfreie Nachweis tuberkulöser Ätiologie.

Dasselbe Thema wird noch in einer dritten Arbeit von Meißner behandelt, der ebenfalls die tuberkulöse Natur der Parinandschen Fälle anerkennt und für seine eigene Beobachtung noch den Beweis erbringt, daß es sich um bovine Tuberkulose handelt. Darum sollten in jedem Falle derartiger Erkrankung genaue Untersuchungen durch Kultur und Tierexperiment vorgenommen werden, um der Lösung der schwebenden Folgen näher zu kommen.

Bei den vielfach recht unbefriedigenden Resultaten einer Therapie mit hartnäckigen Ekzemen einhergehender Augenkrankheiten erscheint eine Mitteilung von Kall von Interesse, der in diesen Fällen die bekannte elektrische Heißluftdusche mit gutem Erfolge anwendet. Er erzielt damit eine starke und anhaltende Austrocknung der nässenden Stellen. Die eintretende starke Hyperämie wirkt heilend ein, lindert die Schmerzen und stillt den Juckreiz.

Vor einer Reihe von Jahren hatte Elschnig darauf hingewiesen, daß bei einer Reihe von Augenkrankheiten, besonders Iritis und Iridozyklitis, oftmals eine Autointoxikation durch Fäulnisstoffe im Darm, nachweisbar durch vermehrten Indikangehalt des Harnes, ätiologisch in Betracht zu ziehen sei. Er hoffte damit eine Anzahl bisher unklarer Fälle bezüglich ihrer Genese sicherstellen zu können. Nun veröffentlichte Colombo eine längere Arbeit über die Ätiologie der ekzematösen Keratokonjunktivitis, bei der nach seinen Untersuchungen die Darmintoxikation eine hervorragende Rolle spielen soll. Jedenfalls fand er den Indikangehalt des Urins fast in allen Fällen vermehrt. Diese Angaben konnte nun v. Hippel nicht bestätigen, der auf Grund einer großen Reihe von sorgfältig erhobenen Befunden bei Augenkranken zu dem Schlusse kommt, daß eine gastrointestinale Intoxikation ätiologisch wohl nur in den seltensten Fällen in Betracht kommen kann. Noch wesentlich ablehnender verhält sich Stuelp, der sich der großen Mühe unterzogen hat, Hunderte von einschlägigen Fällen mit Hilfe unserer modernen diagnostischen und diffentialdiagnostischen Methoden auf das genaueste zu untersuchen. Er spricht der Intoxikation durch den Darm nicht nur jegliche Bedeutung für die Genese der Augenkrankheiten ab, da er Indikan nur in verschwindend wenigen Fällen überhaupt in wesentlichen Mengen nachweisen konnte, er glaubt auch nicht, daß eine solche von irgend welcher Bedeutung sei, wenn sie zwar durch vermehrten Indikangehalt nachgewiesen sei, gleichzeitig aber Lues, Tuberkulose und andere ätiologische Faktoren in Betracht kämen, deren Rolle bezüglich der Genese der Augenkrankheiten ja über jeden Zweifel erhaben sei.

Colombo hat Gonokokkenserum zur Behandlung der Neugeborenen verwandt, und zwar glaubt er, daß es besondere Vorzüge vor der bisher allgemein üblichen chemischen Therapie der Erkrankung habe, besonders eklatant soll der Einfluß des Serums auf die Transparenz bereits ergriffener Hornhäute gewesen sein. Leider sind die Beobachtungen zu gering, um eine Überlegenheit der Methode vor anderen Mitteln evident erweisen zu können, für den Praktiker dürfte das Verfahren daher vorläufig wohl noch nicht in Betracht kommen.

Ein anderes Mittel zur Bekämpfung der Gonoblennorrhöe scheint sich zu bewähren, das Airol, das vor einigen Jahren von Bernheimer empfohlen wurde und von dem auch Referent die günstigsten Wirkungen, selbst in schwersten Fällen gesehen hat. v. Herrenschwand hat die Wirkungsweise des Airols nunmehr experimentell nachgeprüft. Während die Silbersalze bei Anwesenheit von Eiweiß und Chlornatrium ihre Wirkung einbüßen und die Phagozytose

schädigen, gewinnt das Airol bei Anwesenheit dieser Stoffe — sie sind in der Tränenflüssigkeit ja enthalten — an desinfektorischer Kraft, ohne die Phagozytose zu schädigen. Neben der austrocknenden Wirkung des Wismuts, der adstringierenden der Gallussäure, ist es in erster Linie das in statu nascendi frei werdende Jod, das die Gonokokken abtötet oder in ihrer Entwicklung hemmt.

v. Herrenschwand sah bei einem 6jährigen, zum ersten Male geimpften, sonst gesunden Knaben, bei dem die Vakzination auch sonst ohne Störungen verlaufen war, am 7. Tage plötzlich ohne Ursache eine doppelseitige Abduzenslähmung auftreten. Es ist dies der zweite Fall von Augenmuskellähmungen nach Vakzination, der überhaupt bekannt ist. Die Lähmung verschwand plötzlich wieder, man muß daher, zumal sonstige auslösende Momente nicht aufgefunden werden konnten, annehmen, daß im Blute kreisende Toxine der Lymphe vorübergehend schädigend auf die Abduzenskerne eingewirkt haben.

Nach Dutoit ist es nicht unwahrscheinlich, daß bei akuten infektiösen Prozessen häufiger das Sehorgan in Form einer Affektion des Nervus opticus betroffen ist, wie wir das ja von den chronischen Infektionen gewohnt sind. Daß diese Beobachtungen nicht häufiger sind und daß unsere diesbezüglichen Kenntnisse darum um so mehr mangelhaft sind, liegt wohl daran, daß bei akuten Infektionskrankheiten wohl nur in den seltensten Fällen der Augenhintergrund untersucht wird und oftmals eine einseitige Sehstörung — und um die handelt es sich vorwiegend bei der infektiösen Form der Neuritis optica — zumal von Kindern nicht empfunden wird und der Verlauf meist ein durchaus günstiger ist. In den hierher gehörigen Fällen nun, die Dutoit bei Masern, Scharlach, Typhus abdominalis und Influenza beobachtete, wurde sorgfältig jegliche andere Ätiologie ausgeschlossen, vor allem Meningitis. Der erste Fall betraf ein 5½jähriges Mädchen, bei dem nach völligem Abklingen des Masernexanthems am 12. Tage eine Fiebersteigerung auftrat, für die eine Erklärung nicht gefunden werden konnte. Lumbalpunktion wegen Verdacht auf Meningitis war negativ, die Augenspiegeluntersuchung ergab eine rechtsseitige Papillitis mäßigen Grades. Die Rückbildung erfolgte rasch und ohne irgend welche Störung zu hinterlassen.

Bei einem andern Masernkranken, einem 8jährigen Knaben, trat am 17. Tage Sehstörung des rechten Auges auf, und zwar ebenfalls infolge von Papillitis. Auch hier erfolgte die Rückbildung vollkommen.

Ganz analogen Augenspiegelbefund wies ein 7½jähriger Scharlachkranker auf, der 19 Tage nach Beginn der Erkrankung, nachdem Kopfschmerzen vorangegangen waren, über Abnahme des Sehvermögens auf dem linken Auge klagt. Auch dieser Fall verlief günstig. Verf. hat in allen diesen Fällen therapeutisch Scotts Emulsion ausgiebig angewandt. Die übrigen Fälle sind für den Pädiater ohne besonderes Interesse.

Die Arbeit von Jaspers basiert auf einer statistischen Untersuchung über Myopie, die ihn zu dem Schluß führt, daß die Häufig-

keit der Myopie mit dem Zunehmen der Grade abnimmt, auch sind die höheren Grade häufiger bei Frauen als bei Männern. Nahearbeiter überwiegen nur in den minderen Graden, bei den höheren Graden spielt die Nahearbeit keine Rolle. Das Sehvermögen ist wesentlich besser bei den Nahearbeitern. Besonders interessant erscheint die Feststellung, daß die Frauen einen bedeutend schlechteren Visus haben.

Voirol dehnte seine Untersuchungen über Refraktionsverhältnisse auch auf den Farbensinn und das Muskelgleichgewicht der Augen von annähernd 1000 Schulkindern aus. Etwas wesentlich Neues zur Beurteilung der einschlägigen Fragen bringen die Ergebnisse nicht.

Handmann berichtet über 3 Fälle von orbitalen Neubildungen bei Kindern, wo unter dem Druck derselben eine Formveränderung des Bulbus im Sinne einer Myopie stattfand. Zum Teil bildete sich die Deformität wieder zurück, nachdem die Wirkung der Mißbildung aufgehört hatte. Verf. sieht in diesem Verhalten eine Stütze für die von dem Referenten im Jahre 1906 aufgestellte Myopietheorie, nach der die Form der Orbita auf die Gestaltung des Bulbus während der Wachstumsjahre von Einfluß ist.

Betreffs der außerordentlich interessanten Versuche von Krusius, der die erbliche Beeinflussung der verschiedenen Refraktionszustände durch Gesichts- und Schädelbildungen mittels sehr origineller photographischer Methoden nachweisen will, muß auf das Original verwiesen werden, da es unmöglich ist, das Wesentliche des reichen Inhaltes in einem kurzen Bericht wiederzugeben.

Allgemeines.

Karnitzki (Warschau). *Zur Einführung in das Studium der Pädiatrie.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LIX, H. 5/6.)

Antrittsvorlesung. Allgemeine Betrachtungen über Stellung und Aufgaben der Pädiatrie. Thorspecken (Bremen).

Pharmakologie und Toxikologie.

Wilhelm Gessner. *Über die Wirkung des Phosphors im Phosphorlebertran bei Rachitis als Inflammator.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, L, S. 688.)

Theoretische Erörterungen, die in folgender Zusammenfassung ihren Gipfel finden:

„Die kindliche Rachitis stellt eine typische Stoffwechselerkrankung, speziell eine Störung des kindlichen Fettstoffwechsels

dar, an welchen gerade während des ersten Lebensjahres, in welchem sich physiologischerweise das fötale, rote Knochenmark in das bleibende, gelbliche, stark fetthaltige Knochenmark umbilden soll, besondere Ansprüche gestellt werden, welche bei den üblichen künstlichen Milchgemischen, die wohl isodynamisch, aber nicht isokerdisch im Sinne Schloßmanns mit der Muttermilch übereinstimmen, in keiner Weise erfüllt werden. Ein anisokerdisches Milchgemisch belastet, da der kindliche Organismus die fehlenden Fettkörper erst aus den Kohlehydraten bilden muß, in mehr oder minder starkem Grade den kindlichen Stoff- und Kraftwechsel. Kann der kindliche Organismus dieser dauernden Stoffwechselbelastung und Kraftvergeudung nicht mehr nachkommen und erlahmt seine Stoffwechselintensität allmählich, dann ist der Fetthunger der Gewebe da, und die physiologische Umwandlung des fötalen roten Knochenmarkes in das bleibende gelbe, welche sicherlich auch für die Entwicklung des Knochens von Bedeutung ist, kann nicht erfolgen, der Knochen bleibt bluthaltig wie der fötale. Und was die Rachitis daher allein heilen kann, ist ein leicht emulgierbarer und damit schnell resorbierbarer und durch den Phosphorzusatz leicht oxydabler Fettkörper, wie wir ihn im Phosphorlebertran zur Verfügung haben, welcher die sekundäre Demineralisation der Gewebe sofort zum Stillstand bringt. Bei dieser Auffassung der Rachitis als einer Störung des kindlichen Fettstoffwechsels ist es ohneweiters erklärlich, daß der Beginn der Krankheit meistens in die Winter- und Frühjahrsmonate zu fallen pflegt, in welcher Zeit ein chronischer Fettmangel der Nahrung bei der kälteren Außentemperatur doppelt ungünstig wirken muß, und es ist ferner klar, daß die häufigsten und schwersten Komplikationen der Rachitis gerade von Gehirn und Rückenmark auszugehen pflegen, da die Fettkörper für das Gesamtnervensystem das normale Brennmaterial darstellen und gleichsam eine Unterernährung von diesem Organ schlecht vertragen wird."

Keller (Berlin).

Bakteriologie.

Jane L. Berry und **Edwin J. Banzhaf.** *Die Konstanz der Diphtheriebazillen.* (Journ. infect. dis., X, S. 409—415.)

Der Versuch, von einem Diphtheriestamm durch dauernde Weiterzüchtung unter entsprechender Auswahl zu Stämmen zu gelangen, die sich dauernd als starke oder als schwache Säurebildner erweisen, gelang nicht. Bei ausgedehnten Erfahrungen mit Diphtheriestämmen wurden nie Beobachtungen gemacht, die für Mutation sprachen, im Gegenteil erwiesen sich Reinkulturen von Diphtheriebazillen als außerordentlich zäh festhaltend an ihren Eigenschaften.

H. Vogt.

Lydia M. De Witt. *Bericht über einige Versuche über die Einwirkung des Staphylococcus aureus auf den Klebs-Löfflerschen Bazillus.* (Journ. infect. dis., X, S. 24—35.)

Unter 175 Fällen von Rachendiphtherie hielten sich in 63% die Diphtheriebazillen weniger als 30 Tage im Rachen, in mehr als 87% waren sie 15 bis 35 Tage nachweisbar, nur in 12% verschwanden sie schon vor dem Ablauf von 15 Tagen und in 12% waren sie auch nach 40 Tagen noch aufzufinden. Schiötz hat angegeben, daß es gelingt, durch Ansiedlung von Staphylokokken im Rachen die Diphtheriebazillen zum Verschwinden zu bringen. In vitro gelang es der Verf. nicht, einen Antagonismus zwischen Diphtheriebazillen und Staphylokokken zu beobachten. In Tierversuchen mit gleichzeitiger Infektion mit Staphylokokken und Diphtheriebazillen zeigte sich ein ungünstigerer Verlauf als bei Infektion mit Diphtheriebazillen allein. Dagegen gelang es bei 2 Rekonvaleszenten von Diphtherie, bei denen die Bazillen nach Ablauf der Erkrankung nicht verschwinden wollten, durch Behandlung mit Staphylokokken den Rachen frei zu bekommen. Voraussetzung für diese Art der Behandlung ist aber, daß die Erkrankung schon abgelaufen und die Rachenschleimhaut wieder normal ist, da es sonst zu Infektion durch die Staphylokokken kommen könnte. H. Vogt.

Herbert R. Brown. *Die immunisierende Wirkung kleiner Mengen Diphtherietoxin bei Meerschweinchen.* (Journ. med. res., XXVII, S. 445—455.)

Aktive Immunität kann bei Meerschweinchen hervorgerufen werden, wenn man sie mit kleinen allmählich steigenden Mengen Diphtherietoxin behandelt, wobei man jede Lokalreaktion (Nekrose, Ulzeration) vermeiden muß. Die so erworbene aktive Immunität läßt sich daran nachweisen, daß die vorbehandelten Tiere mehr als die halbe tödliche Dose ohne Lokalreaktion ertragen. Der Grad der erreichbaren aktiven Immunität ist individuell verschieden. Wenn Muttertiere aktiv immunisiert waren, so zeigen die Jungen eine je nach dem Grade der aktiven Immunität des Muttertieres verschieden hohe passive Immunität. H. Vogt.

Jane L. Berry und **Louisa P. Blackburn.** *Vergleichende Bestimmung der Toxinproduktion verschiedener Diphtheriestämme.* (Journ. infect. dis., X, S. 404—408.)

Ein seit mehr als 50 Jahren im Laboratorium fortgezüchteter Diphtheriestamm erweist sich noch heute als äußerst energischer Toxinbildner. Denn unter 100 neuerdings isolierten Diphtheriestämmen kam ihm nicht einer an Wirksamkeit gleich. Diphtheriebazillen sind äußerst empfindlich gegen kleine Schwankungen in der Zusammensetzung des Nährbodens. So zeigte sich, daß Stämme, die bei Züchtung in Bouillon fast kein Toxin lieferten, nach Zusatz von Aszitesflüssigkeit zum Nährboden sich plötzlich als kräftige Toxinbildner erwiesen. H. Vogt.

John C. Torrey. *Über Zahl und Arten der Bakterien, die von Fliegen in den Städten beherbergt werden.* (Journ. infect. dis., X, S. 166 bis 167.)

Bis gegen Ende Juni beherbergten Fliegen keine Kotbakterien, sondern ausschließlich Kokkenarten. Im Juli und August führten die Fliegen zuweilen mehrere Millionen Bakterien mit sich, während zu anderen Zeiten die Bakterienzahl auf mehrere Hundert absank. Im letzteren Falle handelte es sich wohl um junge Exemplare einer neuen Generation. Bazillen aus der Koligruppe wurden erst zu Anfang Juli reichlicher angetroffen. Der Darm der Fliegen enthielt fast die 9fache Anzahl Bakterien als die Körperoberfläche. Kolibazillen machten etwa 13% der Bakterien der äußeren Bedeckungen und etwa 37·5% der Darmbakterien aus. Von den isolierten Stämmen, die Milch zur Gerinnung brachten, entfielen etwa 80% auf die Coli aerogenes-Gruppe und etwa 20% auf die Gruppe des Bact. acidi lactici. Unter 15 Streptokokkenstämmen waren der Streptococcus equinus, faecalis und salivarius vertreten, während pyogene Streptokokken fehlten. Wichtig ist, daß in 3 Fällen der Bac. paratyphus A angetroffen wurde. Im August fanden sich häufig Bakterien aus der Parakoligruppe, die in Lackmusmilch intensive alkalische Reaktion hervorriefen und nur bestimmte Monosaccharide zur Vergärung brachten. H. Vogt.

Serologie und Immunitätslehre.

L. W. Famulener. *Über die Übertragung der Immunität von der Mutter auf die Nachkommenschaft. Eine Untersuchung über Serumhämolysine bei Ziegen.* (Journ. infect. dis., X, S. 332—368.)

Trächtige Ziegen, die aktiv gegen Schafblutkörperchen immunisiert werden, übertragen das spezifische Hämolysin auf die jungen Tiere. Die passive Immunisierung saugender Jungen geschieht in erster Linie durch das Kolostrum und führt schnell einen ziemlich hohen Antikörpergehalt des Blutes herbei, der längere Zeit erhalten bleibt. Bei aktiver Immunisierung trächtiger Tiere steigt der Antikörpergehalt des Kolostrums oft viel höher an als der des Serums. Die Antikörper verschwanden nach Anlegen des saugenden Jungen bald aus der Milch. Im Blut des neugeborenen Tieres waren vor dem Anlegen an das Muttertier keine Hämolysine nachweisbar. Die Plazenta spielt offenbar nur eine unwesentliche Rolle für den Übergang von Antikörpern auf die Nachkommenschaft. Wenn die Immunisierung des Muttertieres erst unmittelbar nach der Geburt der Jungen einsetzte, so war eine Übertragung von Antikörpern durch die Milch nicht nachweisbar. Offenbar sind hohe Grade von Immunität erforderlich, ehe es zum Übergang von erkennbaren Mengen in die Milch kommen kann. Ältere Tiere nahmen beim Saugen keine unveränderten

Antikörper in sich auf. Bei ganz jungen Ziegen löste die subkutane Injektion von Schafsblutkörperchen keine Bildung von Hämolysinen aus. H. Vogt.

Entwicklung und Sprache.

Macleod Yearsley. *The causes leading to educational deafness in children, with special reference to prevention.* (Lancet, 20. und 27. Juli 1912.)

Verf. stellte in 3 Londoner Schulen für Taubstumme Nachforschungen nach der Ätiologie der Taubheit an. In der einen Schule (1076 Kinder) machte er die Nachforschungen selbst, in den anderen beiden die Lehrer. Unter den 1076 Kindern der ersten Schule waren 484 mit angeborener Taubheit. In den meisten dieser Fälle war erbliche Belastung nachweisbar in Form von angeborener Taubheit oder Geisteskrankheit eines oder beider Eltern oder in der Verwandtschaft, ferner kam Blutsverwandtschaft der Eltern in Betracht. Syphilis spielte eine geringe Rolle. Bei den Fällen mit erworbener Taubheit spielen die akuten Infektionskrankheiten die größte Rolle, u. a. Masern in 68, Scharlach in 58 (von 592) Fällen. Sehr zahlreich waren ferner die „primären" Ohrerkrankungen. Anschließend bespricht Verf. die Prophylaxe und wünscht zur Verhütung der angeborenen Taubheit Eingreifen des Staates, d. h. unter Umständen Sterilisation von abnormen Individuen, und Schutzgesetze gegen Alkoholiker und Syphilitiker. Zur Verhütung der erworbenen Taubheit kommen in Betracht: Bekämpfung des Aberglaubens im Volke, sorgfältige Behandlung der Rachenorgane bei akuten Infektionskrankheiten, Behandlung chronischer Racheninfektionen (Adenoide!) und vor allem bessere Vorbildung der praktischen Ärzte; denn diese, nicht der Ohrenarzt, bekommen die gefährdeten Fälle zuerst zu sehen.
Eckhardt.

Ernährung.

Else Anna Frank. *Die Anwendung der Molketherapie bei ruhrartigen Darmkatarrhen und ihre Erfolge.* (Jahrbuch für Kinderheilk., LXXVII, S. 163—175 und 333—347.)

Als ruhrartige Darmkatarrhe bezeichnet die Verf. solche, die mit Ausscheidung von blutig-schleimigen und eitrigen Stühlen einhergehen. Sie sind nach ihrer Ansicht stets die Folge einer Infektion. Als Beweis für diese Auffassung dient ihr eine Beobachtung Göpperts, wo mehrere Mitglieder eines Haushaltes unter den genannten Symptomen erkrankten, sowie das auch sonst noch 2mal beobachtete

gehäufte Auftreten dieser Form von Erkrankung. Ob bei diesen Beobachtungen eine gleichartige Schädigung der betroffenen Personen durch die Nahrung auszuschließen war, wird überhaupt nicht erörtert. Bei der Behandlung dieser Erkrankungsform mit steigendem Mengen von Molke und Schleim, die etwa vom 5. Tage ab allmählich durch kleine und dann steigende Milchmengen ersetzt wurden, wodurch allmählich der Übergang zu einer gewöhnlichen Nahrungsform stattfand, wurden gute Erfolge gewonnen. Der geschilderten Ernährung ging eine Entleerung des Darmes durch Rizinusöl oder, wenn es sich um nicht mehr ganz frische Erkrankung handelte, durch Darmspülung voraus. Warum die Molke gerade bei der geschilderten Art von akuten Ernährungsstörungen besonders Gutes leisten soll im Vergleich zu anderen Ernährungsstörungen, geht aus der umfangreichen Arbeit nicht hervor. H. Vogt.

J. Peiser (Berlin.) *Eine Präzisionswage für die Säuglingsernährung.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 9.)

Nach Art der bekannten Hebelbriefwagen konstruiertes handliches Instrument, welches an Stelle des Wägetellers eine abnehmbare Porzellantasse trägt. Für schwierig abzuwägende Dinge, wie Malzsuppenextrakt oder für die Diabetikerküche besonders geeignet. Klotz.

Thomas B. Osborne, Lafayette B. Mendel und **Edna L. Ferry.** *Beobachtungen über Wachstum bei Fütterungsversuchen mit isolierten Nahrungssubstanzen.* (Zeitschr. f. physiol. Chem., Bd. LXXX, 1912, S. 307.)

Als Grundlage für einen Teil dieser wichtigen Versuche, die sämtlich an Ratten gemacht sind, diente eine „eiweißfreie Milch", die neben Spuren ätherlöslicher und stickstoffhaltiger Bestandteile nur die Salze und den Milchzucker der Milch enthielt. Gab man Ratten nur Eiweißkörper, z. B. Kasein ohne eiweißfreie Milch, so trat Gewichtsstillstand oder Abnahme ein; bei Kasein + eiweißfreier Milch zeigten die Tiere normale Entwicklung. Wie Kasein verhalten sich Edestin, Laktalbumin, Ovalbumin, Ovovitellin usw. Im Gegensatze zu dieser Gruppe von Eiweißkörpern gibt es mehrere Eiweißkörper, die mit „eiweißfreier Milch" zusammengegeben keine oder keine genügende Gewichtszunahme hervorrufen können; dazu gehören: Zein, Leim, die Eiweißkörper der Leguminosen usw. Legte man zu letzteren Eiweißkörpern Kasein oder Edestin zu oder ersetzte man einen Teil der Eiweißsubstanzen dieser zweiten Gruppe durch Kasein oder Edestin, so trat normales Wachstum ein. Abgesehen von der Art der Eiweißkörper ist auch die absolute Menge von Einfluß. Die untere Wachstumsgrenze liegt bei einer Nahrung, die 7 bis 9% Protein enthält, das Optimum bei 18% (für Kasein). Wurden 31% der Nahrung durch Eiweiß gedeckt, so trat nach einer Zeit der Zunahme Abnahme und Tod ein. Ebenso besteht für den Gehalt an Salzen eine untere (7%) und eine obere Grenze, die sich aber aus den Kurven nicht deutlich erkennen läßt.

Ferner gelang es, ein völlig normales Wachstum bei einer vollkommen fett- und lipoidfreien Nahrung zu erzielen, und in einer dritten Versuchsreihe konnte die „eiweißfreie Milch" durch eine künstlich hergestellte Salzmischung ersetzt werden, so daß ein andauerndes normales Wachstum mit vollkommen künstlicher Nahrung erzielt wurde. Hinsichtlich der Zusammensetzung dieser künstlichen Salzmischung sei auf das Original verwiesen. Eine Wachstumshemmung durch ungeeignete Nahrung konnte sehr lange, in einem Versuche 265 Tage anhalten, ohne daß die Tiere ihre Wachstumsfähigkeit verloren, sobald die Nahrung in geeigneter Weise korrigiert wurde. Orgler.

Milchwissenschaft und Molkereipraxis.

Brennemann. *An experimental study of milk coagulation in the stomach.* (Untersuchung über die Milchgerinnung im Magen.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 22. Februar 1913.)

Eine weitere Untersuchung über die relative Verdaulichkeit roher und gekochter Milch. Die grobe Gerinnung roher Milch wird wieder hervorgehoben und die schwere Verdaulichkeit der großen Kaseinklumpen wird betont. Modifizierung der rohen Milch mit Zerealiendekokten oder Natr. citricum macht die Gerinnung feinkörniger und vermeidet größtenteils die erwähnten Nachteile. Es kann demnach die Verwendung gekochter Milch gewissermaßen umgangen werden, obgleich Verf. von der Schädlichkeit letzterer nicht überzeugt ist; sie ist höchstens für Obstipation verantwortlich, kaum für Rachitis und bloß bei Übertreibung für infantilen Skorbut, der sich übrigens durch geeignete Methoden verhüten läßt.

Wachenheim (New York).

Hamburger. *Baltimore epidemic of streptococcus or septic sore throat and its relation to milk supply.* (Verhältnis der Baltimore Epidemie von Streptokokkenangina zur Milchversorgung.) (Bull. Johns Hopkins Hosp., Januar 1913.)

Ähnliche Epidemien sind aus verschiedenen Orten, z. B. Boston und Chicago, gemeldet worden. Sie liefern ein Hauptargument gegen die Verwendung roher Milch. Wachenheim (New York).

C. E. A. Winslow. *Eine Epidemie von Tonsillitis oder septischer Halsentzündung in Eastern Massachusetts und deren Beziehungen zu infizierter Milch.* (Journ. infect. dis., X, S. 73—112.)

Im Frühjahr 1911 wurde in Boston und Umgebung eine eigentümliche Form von Halsentzündung beobachtet, die als Endemie auftrat. Zunächst bestand bei den Erkrankten eine diffuse Rötung des Rachens, später erschienen oft Flecke auf den Tonsillen und nicht

selten eine Membran, ähnlich einer Diphtheriemembran. Peritonsillarabszesse, hartnäckige Drüsenschwellungen sowie verschiedenartige Komplikationen wie Rheumatismus, Erysipel, Nephritis, Perikarditis, Pneumonie, Pleuritis, Peritonitis und Sepsis waren nicht selten und ältere und schwächliche Personen erlagen zum Teil der Erkrankung. In 3 benachbarten Städten wurden über 1000 Fälle beobachtet. Diese kamen zuerst am 8. Mai gehäuft zur Beobachtung, das Maximum fiel auf den 14. und am 22. war die Epidemie so gut wie erloschen. Die Fälle traten innerhalb der einzelnen Familien ganz gewöhnlich gehäuft auf und betrafen mehr Erwachsene als Kinder. Die örtliche Verteilung der Fälle entsprach dem Versorgungsgebiet mit Milch bestimmter Herkunft, die von einem großen Gute stammte. Die Milch war anscheinend durch einen Bazillenträger infiziert worden, da Erkrankungen auf dem Gute nicht vorgekommen waren. Entsprechende Beobachtungen über die Ausbreitung bösartiger Halsentzündungen durch Genuß roher Milch sind in England wiederholt gemacht worden. H. Vogt.

Stoffwechsel.

F. H. Mc. Crudden und **H. L. Fales.** *Die Ursache der übermäßigen Kalkabgabe durch den Stuhl bei Infantilismus.* (Journ. exper. med., XVII, S. 24—28.)

Die Verff. bestimmten bei einem Fall von intestinalem Infantilismus sowie bei verschiedenen Vergleichsfällen den Gehalt der Stühle an Kalk und Magnesia einerseits, andrerseits an Phosphor, an höheren und niederen Fettsäuren und an Schwefel. Dabei ergab sich, daß die Menge an Kalk in allen Fällen viel größer war, als zur Absättigung der sauren Valenzen erforderlich gewesen wäre. Danach ist es unwahrscheinlich, daß die Kalkverluste durch den Darm auf vermehrte Ausscheidung von Fettsäuren usw. zurückzuführen sind. Eine Erklärung der gesteigerten Kalkausscheidung kann erst dann versucht werden, wenn die Form bekannt ist, in der die großen Kalkmengen ausgeschieden werden. H. Vogt.

F. H. Mc. Crudden und **H. L. Fales.** *Art und Herkunft der stickstoffhaltigen Verbindungen in den Stühlen bei Infantilismus.* (Journ. exper. med., XVII, S. 20—23.)

Die Beobachtung großer Stickstoffverluste durch den Kot in Fällen von intestinalem Infantilismus gab die Veranlassung dazu, die Art der im Stuhl erscheinenden stickstoffhaltigen Verbindungen genauer zu untersuchen. Dabei ergab sich ein normaler Gehalt an Aminosäurestickstoff, Purinstickstoff, Ammoniakstickstoff und eine nicht beträchtliche Vermehrung des in der Form von löslichem Protein

enthaltenen Stickstoffes; eine Abweichung, der die Verff. keine Bedeutung beilegen. Die gesteigerte Stickstoffausscheidung durch den Stuhl hat offenbar nicht die Bedeutung einer Resorptionsstörung, sie beruht auf vermehrter Sekretion des gereizten Darmes.

H. Vogt.

Francis W. Peabody. *Studien über den Salzstoffwechsel bei Pneumonie mit besonderer Berücksichtigung des Kalks und der Magnesia.* (Journ. exper. med., XVII, S. 71—82.)

Bei einer Anzahl Pneumoniekranker wurde im fieberhaften Stadium der Erkrankung neben einer verminderten Chlorausscheidung auch Kalk zurückgehalten. Der Kalkgehalt des Harnes war stark herabgesetzt, der des Kotes nicht erkennbar gesteigert. Im Gegensatz dazu wurden gesteigerte Mengen von Magnesia ausgeschieden. Das Blut des Pneumonikers enthält auf der Höhe des Fiebers weniger Chlor als das Blut des Gesunden und an Kalk jedenfalls nicht mehr. So werden anscheinend Kalk und Chlor in gleicher Weise zurückgehalten, und zwar unabhängig von einer Funktionsstörung der Nieren. Der Chlorgehalt der Haut wurde in 3 Fällen von Pneumonie nach dem Tode untersucht und nicht erhöht befunden. Die kranke Lunge enthält mehr Chlor als die gesunde, der Unterschied entspricht aber nur einem kleinen Teil des im Körper aufgespeicherten Chlors.

H. Vogt.

Diathesen.

E. Rachmilewitsch. *Hautreaktionen von Kindern mit exsudativer Diathese.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVII, S. 175—180.)

Chemische Reizung der unversehrten Haut durch Buttersäure in 1- bis 10%iger Verdünnung oder 1%ige Senfölpaste führte bei exsudativer Diathese zu keiner abnormen Reaktion. Dagegen kam es bei Kindern, die an exsudativer Diathese litten, nach Einwirkung von Senfteig auf die oberflächlich gereizte Haut zur Quaddelbildung und Abscheidung von Serum, während normale Kinder auf denselben Reiz hin nur Rötung der Haut aufwiesen. Eine Anzahl Kinder, die „zum pastösen Habitus neigten", ohne manifeste Symptome von exsudativer Diathese darzubieten, bekamen nach dem geschilderten Hautreiz nur Quaddelbildung oder nur seröse Exsudation. Quaddelbildung und Exsudation trat auch bei einzelnen Neugeborenen auf.

H. Vogt.

E. Rindfleisch. *Status thymolymphaticus und Salvarsan.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, L, S. 542.)

Zwei Fälle, von denen der eine ein 11jähriges Kind betraf, bei dem am 3. Tage einer schweren malignen Scharlacherkrankung 0·5 g Neosalvarsan intravenös injiziert wurden. 24 Stunden später

Exitus. Bei der Obduktion fand sich in diesem Falle ebenso wie in dem andern, der eine Erwachsene betraf, Hyperplasie des lymphatischen Apparates und „typisches Thymusherz". Verf. ist geneigt, den Tod mit der gleichsinnigen blutdruckerniedrigenden Wirkung des Thymussekretes und des Salvarsans in Verbindung zu bringen, und rät, bei Verdacht auf Status thymo lymphaticus Salvarsan nur mit äußerster Vorsicht anzuwenden. Keller (Berlin).

Infektionskrankheiten.

A. Brauer. *Über die Serodiagnose der Syphilis, ihr Wesen, ihre Technik und ihre praktische Bedeutung.* (Sammlung zwangloser Abhandl. a. d. Geb. d. Dermatol. etc., Bd. II, H. 1, C. Marhold, Halle, M. 1.20.)

Das Heftchen gibt eine eingehende klare Schilderung der Technik der Wassermannschen Reaktion sowie eine Erörterung der diagnostischen und prognostischen Schlußfolgerungen, die auf sie aufgebaut werden können. Es fehlt nicht eine Darstellung der „Grenzen des Wertes der Reaktion". H. Vogt.

Erich Conradi. *Friedländer-Sepsis mit schweren Nebennierenblutungen in einem Falle von Lues hereditaria.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVII, S. 190—193.)

Bei einem neugeborenen Kinde, das Erscheinungen schwerer kongenitaler Lues aufwies und schnell an Sepsis zugrunde ging, ergab die bakteriologische Untersuchung von Herzblut und Milz Friedländerbazillen in Reinkultur. In beiden Nebennieren fanden sich große Blutergüsse, die wohl als Ursache der während des Lebens beobachteten schweren Zyanose anzusehen sind. H. Vogt.

Bókay (Budapest). *Über das spätere Schicksal meiner mit Salvarsan behandelten Luesfälle im Kindesalter.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX, LXI, S. 107.)

$2^1/_2$ Jahre nach Aufnahme der Salvarsanbehandlung berichtet Bókay über die Dauererfolge der von ihm 1911 in der Wiener klin. Wochenschr. (Nr. 17) mitgeteilten Fälle. 10 von den 26 Fällen von Lues konnten weiter verfolgt werden. 6 von ihnen bekamen Rezidive der Lues. Dieselben erfolgten nach $3^1/_2$ bis $11^1/_2$ Monaten, waren ziemlich leicht und bildeten sich bei interner Kalomelbehandlung schnell zurück.

4 Fälle erwiesen sich nach mehr als 2jähriger Beobachtung als völlig geheilt. Auch die Wassermannsche Reaktion blieb negativ. Die Fälle sind in extenso mitgeteilt. Da die angewandten Dosen von Interesse sind, seien sie hier angegeben: Im 1. Falle (Säugling) wurde

insgesamt 0·12 g Salvarsan in 3 intramuskulären Injektionen gegeben; im 2. Falle (Säugling) 0·054 in einer Injektion; im 3. Falle (11jähriges Kind, Lues acquisita) 0·32 g in 2 Injektionen; im 4. Falle ($1^1/_2$jähriges Kind, Lues acquisita) 0·2 g in 2 Injektionen.

Bokay erwähnt, daß er wegen der verhältnismäßig häufigen Rezidive jetzt die kombinierte Therapie mit Hg anwendet.

Thorspecken (Bremen).

Alsberg (Kassel). *Beitrag zur hereditären Spätsyphilis.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX, LXI, S. 1.)

4jähriger Knabe mit gummösen Prozessen an den Kopfknochen, einseitigem Exophthalmus, syphilitischer Lungenaffektion und anderen Symptomen. Der Fall gibt Alsberg Gelegenheit, sich gegen die Annahme einer Syphilis hereditaria tarda sens. strict. auszusprechen, da auch sein Fall zweifellos im 1. Jahre eine unerkannte leichte syphilitische Erkrankung durchgemacht hatte.

Thorspecken (Bremen).

Hillenberg (Zeitz). *Kindheitsinfektion und Schwindsuchtsproblem.* (Deutsche med. Wochenschr., 1912, Nr. 43, S. 2032—2034.)

Auf Grund statistischer Untersuchungen kommt Verf. zu dem Schluß, daß der Kindheitsinfektion in der Genese der Phthise der Erwachsenen im allgemeinen eine wesentlich ursächliche Rolle nicht beizumessen ist. Nagel-Hoffmann.

A. Mearns Fraser and **Hilda Clark.** *A municipal dispensary and tuberculin treatment.* (Lancet, 3. August 1912.)

In Portsmouth ist eine städtische Poliklinik für Tuberkulinbehandlung eingerichtet worden. Außer der Möglichkeit der ambulanten Tuberkulinbehandlung stehen aber noch Hospital, Sanatorium, Freiluftschulen zur Verfügung und außerdem werden die Patienten durch von Schwestern ausgeführte Hausbesuche überwacht. Im 1. Jahre kamen 433 Patienten in Behandlung, die meisten konnten ambulant mit Tuberkulin behandelt werden und ihrer Arbeit nachgehen. Die Resultate waren gut. Stellung der Diagnose erfolgte durch Anamnese, physikalische Untersuchung, Bazillennachweis und Reaktion auf Tuberkulin. Eckhardt.

H. J. Gauvain. *Surgical tuberkulosis: its needs and treatment.* (Lancet, 10. August 1912.)

Bericht über Erfahrungen und Resultate in Hospital für „chirurgische" Tuberkulose zu Alton. Verf. hält Tuberkulosespitäler in Städten nicht für zweckmäßig, eine besonders günstige Lage im Freien, möglichst auf Bergen oder an der See, ist erforderlich. Sparsamkeit in bezug auf Bauart, therapeutische Ausstattung, Personal usw. ist nicht am Platze. Die Resultate in Alton waren sehr gut, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer eines Patienten betrug 320·15 Tage. Kinder können und sollen in demselben Hause wie die

Erwachsenen untergebracht werden, aber in besonderen Blocks, Isolierräume müssen vorhanden sein. Eckhardt.

John Fraser and **J. P. Gowan.** *Preliminary note on a method of vaccinal treatment of surgical tuberculosis.* (Lancet, 24. August 1912.)

Verff. haben aus tuberkulösem (verkästem) Gewebe, am liebsten des Patienten selbst, ein Vakzin hergestellt und damit in steigenden Dosen von 5 bis 50 mm³ (subkutan) 10 Kinder von 9 Monaten bis zu 7 Jahren, die an Drüsen- oder Knochentuberkulose litten, mit gutem Erfolge behandelt. Eckhardt.

Egbert C. Morland. *The quantitative cutaneous tuberculin test.* (Lancet, 7. September 1912.)

Es werden 4 Skarifikationen gemacht und auf je eine ein Tropfen von 1%-, respektive 4%-, 16%- und 64%igem Tuberkulin gebracht. Nach 24 und nach 48 Stunden werden die Durchmesser der Papeln gemessen und entsprechend den Zahlen für die durchschnittliche Papelgröße und die durchschnittliche Papeldifferenz wird der Wert des „quanti-Pirquet" (q^P) in einer Tabelle abgelesen (nach Ellermann und Erlandsen). Werte über 100 sprechen nach Verf. für aktive Tuberkulose. Die Methode hat sich Morland, der Sanatoriumarzt in Arosa ist, durchaus bewährt. Eckhardt.

W. Tyrrell Brooks and **Alexander Gibson.** *A case of retrogressive tuberculous meningitis.* (Lancet, 21. September 1912.)

Verff. fügen den 22 aus der Literatur bekannten Fällen von in Ausheilung begriffener tuberkulöser Meningitis einen weiteren hinzu. Ein Kind von 4 Jahren wurde am 24. August 1911 mit bereits seit 3 Wochen bestehender Krankheit mit Meningitissymptomen eingeliefert. Im Lumbalpunktat am 13. September Tuberkelbazillen. Tuberkulinbehandlung brachte vorübergehende Besserung, am 10. Februar Tod unter Lungenerscheinungen. Bei der Sektion fanden sich miliartuberkelartige Eruptionen auf der Pia, die aber aus jungen fibrösem Gewebe bestanden. Eckhardt.

A. G. L. Reade and **F. G. Caley.** *The value of X-rays in the diagnosis of tuberculosis in children.* (Lancet, 30. November 1912.)

Bei 28 blassen, „anämischen", unterernährten Schulkindern mit Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit und positivem Pirquet (mit und ohne Husten und Temperaturen) fanden sich Schatten in der Gegend der Lungenwurzel, die bei gesunden Kindern mit negativem Pirquet nie vorhanden waren. Lungensymptome selten vorhanden und nicht charakteristisch. Behandlung: Aufenthalt im Freien für mindestens 1 Jahr, möglichst auch nachts. Eckhardt.

Wm. H. Park und **Ch. Krumwiede jun.** *Die relative Bedeutung des Typus humanus und bovinus für die verschiedenen Formen der Tuberkulose.* (Journ. med. res., LXXVII, S. 109—114.)

Die Verff. stellen die Ergebnisse ihrer eigenen ausgedehnten Untersuchungen mit den von anderen Forschern veröffentlichten

zusammen. So können sie über die stattliche Zahl von 1511 Fällen berichten. Die Zahl der bovinen Infektionen ist in der ersten Zeit am größten und nimmt mit steigendem Alter ab. So entfielen auf 292 Fälle mit Typus humanus aus den ersten 5 Jahren 76 Fälle, auf 131 Kinder im Alter von 5 bis 16 Jahren mit Typus humanus 46 und auf 940 Fälle mit Typus humanus vom Erwachsenen nur 15 mit Typus bovinus. Die Mehrzahl der Befunde von Tuberkelbazillen des Typus bovinus entfällt auf Erkrankung der Halsdrüsen und des Abdomens. H. Vogt.

Galliot. *Sur le traitement de la tuberculose pulmonaire de l'enfant.* (Arch. de méd. des enf., Bd. XVI, H. 4.)

An einigen 20 Kindern erzielte Galliot mit der Ferrierschen Methode gute Erfolge. Die Kinder erhielten monatelang täglich 2- bis 3 mal folgendes Pulver:

Calc. carb.
Calc. phosph. $\overline{aa}$ 0·2 bis 0·3
Calc. chlorat. 0·1 bis 0·2
Magnes. ust. 0·05 bis 0·1
Arrhenal 0·01 bis 0·03

Galliot kombinierte damit eine Behandlung mit Lebertran. Keine forcierte Ernährung. Der Lungenprozeß kam durchweg zum Stillstande unter Hebung des Allgemeinbefindens und Gewichtes. Für die arme Bevölkerung sei es die empfehlenswerteste — weil leicht durchführbare — Methode der Behandlung der Lungentuberkulose.

Thorspecken (Bremen).

Gunnar Holmgren. *Über Otitis media perforativa bei Scarlatina.* (Oto-laryngologiska Medelanden, Bd. I, 1912, S. 1.)

Zur näheren Beleuchtung der Skarlatina otitis und der vielen Fragen, die in dieser Verbindung von Bedeutung sind, hat der Verf. eine statistische Arbeit veröffentlicht, die in mehreren Richtungen von großem Interesse ist. Erstens kommt Holmgren an mehreren wesentlichen Punkten zu anderen Ergebnissen als den von älteren Statistiken her allgemein bekannten. Und außerdem ist es ihm gelungen, die vorliegende Frage in einer solchen Weise zu behandeln, daß sie auch außerhalb des Kreises der Otologen interessieren wird.

Das Material stammt aus dem Epidemiekrankenhaus in Stockholm und umfaßt alle in den Jahren 1901 bis einschließlich 1910 behandelten Kranken — im ganzen 9590. Die meisten Patienten waren im Alter von 3 bis 6 Jahren. In bezug auf die Zeit der Aufnahme der Patienten ins Krankenhaus zeigt es sich, daß die Aufnahme am größten in der ersten Hälfte des Jahres war. In Prozenten ausgerechnet für sämtliche Fälle fallen demnach 10·8% auf den Januar und nur 5% auf den August. Der Sterblichkeitsprozentsatz war am größten in den zwei ersten Lebensjahren, etwa 18%, und am geringsten im Alter von 12 bis 15 Jahren. Die meisten Todesfälle treffen in der ersten Hälfte des Jahres ein.

Die allgemein herrschende Auffassung — daß die ernstlichen Epidemien mit schweren Fällen die meisten Ohrenkomplikationen mit sich führen — läßt sich nach Holmgren nicht aufrechterhalten. Die Skarlatinastatistik aus dem Jahre 1901 zeigt z. B. eine Sterblichkeit von 7·1% und eine Häufigkeit von Otitis von 18·6% gegen beziehungsweise 3·7 und 19·6 im Jahre 1907. Man findet also relativ hohe Otitishäufigkeit bei einer verhältnismäßig niedrigen Sterblichkeitsziffer. Die Otitishäufigkeit scheint deshalb nicht von der Bösartigkeit der Infektion abhängig zu sein.

Andrerseits zeigt es sich dagegen, daß die Prozentzahl von perforativer Otitis bei der letal verlaufenden Skarlatina beträchtlich höher ist als sonst. Bei 511 tödlich verlaufenen Fällen fand Holmgren z. B. nicht weniger als 184 Otitiden, also Ohrenkomplikationen in 36%. Die Häufigkeit der Mittelohrentzündung schwankt außerdem während der verschiedenen Epidemien. In Stockholm kann sie z. B. mit Zahlen bis zu 10% wechseln.

Die klimatischen Verhältnisse scheinen auch von Bedeutung zu sein. Die Otitishäufigkeit ist z. B. während Epidemien an südlichen, hoch gelegenen Orten, wie z. B. Freiburg und Basel, als verhältnismäßig niedrig befunden worden, aber verhältnismäßig hoch weiter nach Norden zu in Städten mit Küstenklima, wie z. B. in den nordischen Hauptstädten.

Im Gegensatze zu älteren Statistikern hat Holmgren eingehend das Verhältnis zwischen den auftretenden Otitiden und dem Alter des Patienten untersucht. Er hat seinen Stoff so angeordnet, daß sich daraus ersehen läßt, wie oft Ohrenentzündungen während einer bestimmten Periode in 100 Skarlatinafällen bei Patienten von einem gewissen Alter auftreten. Daraus geht hervor, daß die Prozentzahl von Otitiden schon während des ersten Lebensjahres hoch ist (38·6%), daß sie bis zum Alter zwischen 1 und 2 Jahren steigt (44%) und darauf gleichmäßig und rasch auf 4·1% im Alter zwischen 12 und 15 Jahren sinkt.

Ebenso wie die Sterblichkeit ist auch die Otitishäufigkeit von den Jahreszeiten abhängig, in der Weise, daß sowohl der Sterblichkeits- wie der Otitisprozentsatz in der letzten Hälfte des Jahres am niedrigsten ist.

Wie bereits erwähnt, betont der Verf. indessen, daß kein bestimmtes Verhältnis zwischen der Bösartigkeit der Infektion und der Otitishäufigkeit besteht. Er meint deshalb, das weniger häufige Vorkommen von Ohrkomplikationen im Herbst müsse auf anderen Ursachen beruhen: relativ geringerer Krankenbestand mit geringerer Gefahr für Mischinfektionen, reichlicherer Ventilation usw. Der Verf. erinnert auch daran, daß die Anzahl der Infektionen in Nase und Hals in Stockholm in den Sommer- und Wintermonaten bedeutend niedriger ist als in anderen Jahreszeiten.

In bezug auf den Zeitpunkt für das Auftreten der Otitis während einer Skarlatina stützt Holmgren eigentlich die von Nager verfochtene Auffassung, daß man zwischen einer „Frühform" und einer „Spätform" unterscheiden müsse. Die „frühen"

Mittelohrentzündungen hält er für die skarlatinösen, die „späten" dagegen eigentlich nur für eine Folge gesteigerter Disposition auf Grund von katarrhalischen Veränderungen in der Nase und im Halse mit herabgesetztem Allgemeinbefinden beim Patienten. Mehr als 50% sämtlicher Otitiden traten nach dem 18. Krankheitstage auf und mehr als 25% nach dem 28. Tage — also zu einem Zeitpunkte, da die initiale Angina völlig abgelaufen war. Der Krankheitstag ist auch von anderen Faktoren abhängig — von der Jahreszeit und von dem Alter des Patienten. Während der warmen Jahreszeit ist das Vorkommen der „späten" Otitis selten und während der kalten Jahreszeit häufig. Im Alter von 1 bis 10 Jahren tritt die „späte" Otitis oft auf — nach dem 10. Lebensjahre selten.

Die Skarlatinaotitiden treten zum ersten Male sowohl mit wie ohne Temperatursteigerung auf. Bei den „Frühformen" ist es übrigens oft unmöglich zu entscheiden, welche Rolle die Ohrenaffektion in bezug auf die Temperatur spielt. In einer Menge von Fällen tritt die Otitis ohne Spur von Temperatursteigerung auf — sogar bei Patienten, die einen Tag vorher noch völlig normale Trommelfellverhältnisse aufwiesen —; demnach kann die Ohrenaffektion in diesen Fällen nichts mit der primären Angina zu tun gehabt haben. Von 501 Otiten sind 44 gänzlich afebril verlaufen. 36 haben eine Maximaltemperatur von 38° gehabt und 42[1]) haben keine Symptome gezeigt, die auf eine Temperatursteigerung hätten schließen lassen.

Skarlatina wird gewöhnlich als Ursache von 3·5 bis 9·3% aller Ohrenkrankheiten angesehen, von 21 bis 28% aller suppurativen Otitiden und von 10 bis 40% aller Fälle von Taubstummheit.

Um die bleibenden Folgen einer Skarlatinaotitis genauer festzustellen, hat der Verf. 76 Patienten mit 111 von Skarlatinaotitis angegriffenen Gehörorganen untersucht — 10 bis 22 Monate nach dem Auftreten der Krankheit. Das Ergebnis der Untersuchung war folgendes: Bleibende Trommelfellperforation bei 41·4%. Bei otoskopischer Untersuchung nachweisbare Residuen (Narbenverdickungen usw.) in 36·1% der untersuchten Fälle, normale otoskopische Verhältnisse bei 22·5%.

Gehöruntersuchung ließ sich bei 53 Patienten vornehmen, die 75 Otitiden durchgemacht hatten. Von diesen zeigten nicht weniger als 55 oder 73·33% eine bleibende oder bedeutende Gehörverminderung (unter 7 m). Überträgt man diese Zahlen auf die 359 Otitisfälle, die im Jahre 1910 bei 1371 Skarlatinapatienten auftraten, so kann man bei 100 Patienten, die in diesem Jahre behandelt wurden, 19 Gehörorgane mit beträchtlich herabgesetzter Funktionstüchtigkeit rechnen. Der Verf. findet, daß diejenigen Otitiden, die in den ersten Skarlatinawochen auftreten, die schlechteste Prognose mit den größten Trommelfellperforationen und der Neigung zu Chronizität

[1]) Diese Otitiden sind aufgetreten, nachdem die Temperaturmessungen im Krankenhaus aufgehört hatten.

haben. Mastoiditen treten dagegen etwas häufiger nach den „späten" Otiten auf.

Holmgren streift auch die Frage von der Bedeutung der adenoiden Vegetationen für die Prognose der Otitiden und hebt hervor, daß die nachuntersuchten Fälle mit Otitis und bleibender Perforation in weit größerer Prozentzahl Adenoidkinder sind als die nachuntersuchten in ihrer Allgemeinheit. Um festzustellen, inwieweit die Skarlatina eine Rolle für das Entstehen der Adenoidvegetationen spielt, hat der Verf. 80 Kinder zwischen 6 und 8 Jahren zu derselben Jahreszeit untersucht wie die nachuntersuchten Skarlatinapatienten. Nach dem Ergebnisse, zu dem er dabei kommt, scheint einer überstandenen Skarlatina keine größere Bedeutung beizumessen zu sein. Bei den 80 Schulkindern fand er Adenoide bei 18 und unter den 80 Skarlatinafällen bei 25.

Mischinfektionen scheinen in hohem Grade die Häufigkeit der Otiten zu vermehren. Bei den 80 Otitispatienten fand er nicht weniger als 67 Fälle mit Mischinfektion (Diphtheritis, Morbilli, Varizellen und Löfflersche Bazillen ohne klinische Symptome). Rechnet man doppelseitige Ohrenentzündung bei 17 von 100 Skarlatinapatienten, so muß man doppelseitige Otitis bei 33 bis 77 der Mischinfektionsfälle annehmen.

In bezug auf die Prognose zeigt sich, daß die unkomplizierte Skarlatinainfektion bleibende Perforation in etwa 26% der Fälle hinterläßt, während die Otitiden, die mit Varizellen, Masern oder Löfflerschen Bazillen kompliziert sind, dauernde Perforation in 44 bis 50% der Fälle verursachen.

Bei Erörterung der Prophylaxe der Skarlatinaotitis berührt der Verf. auch Rodlings Versuch mit Lokalbehandlung des Rachens des Patienten. 60 Fälle, die zeitig unter Behandlung kamen, wurden 4- bis 8mal täglich mit einer Mischung von 1 Teil Sozojodol. natric. und 3 Teilen Sulphur. sublimat. eingestäubt. Von den 60 Patienten bekamen nur 2 Otitis.

Zum Schlusse hebt Holmgren die eigentümliche Tatsache hervor, daß Stockholms Epidemielazarett das einzige Krankenhaus dieser Art mit einem Ohrenarzte ist. Er meint, daß fest angestellte Spezialärzte unsere Kenntnis von der Skarlatinaotitis vermehren, die Behandlung mehr effektiv gestalten und die Nachbehandlung in die richtige Spur leiten könnten.

Reidar Gording.

Harold L. Palmer. *A case of malignant scarlet fever; death in 30 hours; necropsy.* (Lancet, 14. September 1912.)

Ein Mädchen von $14^1/_2$ Jahren erkrankte mit großer Mattigkeit und Dyspnöe; scharlachartiges Exanthem am Rumpfe, kein Halsbefund. Tod nach 30 Stunden; Obduktion ergab nichts. Einige Tage später erkrankte eine Arbeitsgenossin an typischem Scharlach.

Eckhardt.

W. T. Cummins. *Die Döhleschen Leukozyteneinschlüsse.* (Journ. med. res., XXVII, S. 529—540.)

Verf. hat 155 Blutuntersuchungen an 95 fieberhaften, 26 fieberfreien Kranken, 17 Gesunden und 16 Laboratoriumstieren ausgeführt. Er färbte nach Giemsa und nach Manson. Jedes deutlich abgegrenzte Einschlußgebilde von mittlerer Färbungsintensität, einerlei ob rund, rechteckig, quadratisch, spirochätenförmig usw., wurde als Einschlußkörperchen gerechnet. Auf diese Weise findet er, daß Döhlesche Körperchen eigentlich bei allen fieberhaften Krankheiten vorkommen und gelegentlich auch bei Gesunden. Dagegen fehlen sie bei Laboratoriumstieren. Sie stammen wahrscheinlich von den Kernen ab. H. Vogt.

H. Bongartz. *Sind die Einschlüsse in den polynukleären Leukozyten bei Scharlach als pathognomonisch anzusprechen?* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, L, S. 544.)

Ergänzung der früheren Mitteilung in derselben Wochenschrift 1912, Nr. 45. Nach Ansicht des Verf. handelt es sich bei den Einschlüssen in den polynukleären Leukozyten um Kernabsprengungen, die auf Grund toxischer Einflüsse entstehen. Keller (Berlin).

Oswald Meyer. *Zur Kasuistik der Epityphilitis bei Scharlach sowie der wiederholten Scharlacherkrankung.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, L, S. 488.)

Im Gegensatz zu Schick hat Heubner die Appendizitis als eine nicht so seltene Komplikation der Skarlatina bezeichnet. Verf. teilt 2 Fälle von Epityphilitis bei Scharlach und einen bei Masern mit und bespricht das Verhältnis der Epityphilitis zu den Infektionskrankheiten im allgemeinen. Ferner bringt er seine Erfahrungen über Döhlesche Einschlußkörperchen und über zweimalige Scharlacherkrankungen. Keller (Berlin).

James Alexander Wilson. *A case of keloid of the eyelids associated in its onset wits measles.* (Lancet, 30. November 1912.)

Keloid der Augenlider bei einem 4jährigen Knaben, anschließend an Konjunktivitis bei Masern. Abbildung. Eckhardt.

Park. *Antitoxin administration.* (Anwendung des Diphtherieheilserums.) (Boston Med. & Surg. Journ., 16. Januar 1913.)

Verf. warnt vor zu kleiner Dosierung; da die Resorption langsam stattfindet, wirkt eine erste Dosis von 15.000 A. E. schneller als 20.000 A. E. in verteilter Dosierung. Bei schweren Fällen wird intravenöse Einspritzung wegen ihrer schnellen Wirksamkeit empfohlen; hier genügen 5000 A. E. Intramuskuläre Einspritzungen werden in der halben Zeit der subkutanen resorbiert.

Wachenheim (New York).

Constant Ponder. *The examination of diphtheria specimens: a new technique in staining with toluidin blue.* (Lancet, 6. Juli 1912.)

Färbung mit einer Lösung von Toluidinblau 0·02, Eisessig 1·0, Alc. abs. 2·0, Aq. dest. ad 100·0 läßt die Diphtheriebazillen blau mit roten Granulis erscheinen. Die Präparate werden im hängenden Tropfen besichtigt. Schon Originalausstriche gestatten bei Anwendung dieser Methode in einem großen Teile der Fälle die Stellung einer Diagnose. Eckhardt.

R. Tanner Hewlett and **A. T. Nankivell.** *The treatment of diphtheria infection by means of diphtheria endotoxin.* Lancet, 20. Juli 1912.)

Akute Diphtheriefälle (die außerdem mit Antitoxin behandelt wurden) wurden durch Injektion von 2 mg Endotoxin in wenigen Tagen von Bazillen befreit. Klinisch geheilte Fälle mit wochen- bis monatelang bestehendem Bazillenbefunde wurden zum größten Teile durch Dosen von 0·5 bis 2·5 mg in kurzer Zeit bazillenfrei, nur wenige zeigten sich refraktär. Eckhardt.

Siegfried Wolff. *Postdiphtherische Fazialislähmung.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVII, S. 191—196.)

Bei einem 3½ Monate alten Säugling, der einen Schnupfen mit blutiger Sekretion durchgemacht hatte und Diphtheriebazillen in der Nase beherbergte, bestand als einzige Lähmungserscheinung eine schwere rechtseitige Fazialislähmung, die nach Seruminjektion ziemlich schnell ausheilte. H. Vogt.

Walter Beyer. *Beweist der Aufsatz von Kleinschmidt* (im Heft vom 3. Juli dieser Zeitschr.) *etwas „Zur Frage der Wirksamkeit des Diphtherieserums bei Beteiligung des Nervensystems an der Erkrankung"?* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVII, S. 65—68.)

H. Kleinschmidt. *Erwiderung auf die vorstehenden Bemerkungen des Herrn Dr. Walter Beyer.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVII, S. 69—72.) H. Vogt.

Sommerfeld (Berlin). *Die Verbreitung der Diphtherie im Herzblut und in den Organen.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX, LXI, S. 698.)

Das Blut wurde, um Einwendungen zu begegnen, meist sofort nach dem Tode nach Rippenresektion mittels Spritze dem Herzen entnommen. Vergleichende Untersuchungen ergaben allerdings, daß eine nachträgliche Einwanderung von Diphtheriebazillen bei kühl aufbewahrten Leichen nach 24 Stunden nicht stattgefunden hatte. In technischer Hinsicht wird geraten, neben der Impfung auf Serumplatten stets auch eine Einsaat in Bouillon vorzunehmen, da mitunter nur in letzterer etwas gewachsen war.

Von 320 Fällen von Diphtherie blieben 132 steril. Kokken fanden sich bei 146, Kokken und Diphtheriebazillen bei 42 (= 13·1%). Nie waren Diphtheriebazillen allein vorhanden.

In 71 Fällen wurden auch die inneren Organe untersucht. Sehr häufig fanden sich Di-Baz. in den Lungen und regionären Drüsen; viel seltener in Leber und Milz; sehr selten in der Niere. Ziemlich häufig dagegen waren sie auch in der Galle zu treffen, einige Male auch in der Lumbalflüssigkeit.

Danach scheint eine Bazillämie bei Diphtherie viel häufiger zu sein, als man bisher annahm. Thorspecken (Bremen).

Harold W. Lyall. *Ein Fall von Typhusbazillenmeningitis bei einem Kinde.* (Journ. med. res., XXVII, S. 457—469.)

Bei einem 5 Monate alten Säugling entwickelte sich eine anscheinend primäre Meningitis, die zunächst für eine tuberkulöse gehalten wurde. Doch bestand eine Leukozytose, die Pirquetsche Reaktion fiel negativ aus und die Spinalpunktion ergab wiederholt sterile klare zellfreie Flüssigkeit. Erst kurz vor dem Tode wurde ein stark getrübtes Punktat erhalten. Bei der Autopsie fand sich eine diffuse eitrige Meningitis. Aus der Spinalflüssigkeit und aus einem Nasenabstrich waren schon zu Lebzeiten des Kindes Typhusbazillen gezüchtet worden. Der Darm zeigte keine für Typhus charakteristischen Erscheinungen. H. Vogt.

Parmelee, *Epidemic cerebrospinal meningitis.* (Journ. Americ. Med. Assoc., 1. März 1913.)

Verf. beschreibt eine ausgedehnte Epidemie in Kansas City in der ersten Hälfte vorigen Jahres. Da wegen Mangels an Serum die Serotherapie nicht immer angewendet wurde, war die Sterblichkeit recht hoch, 52%. Es fehlt leider eine Sonderung und entsprechende Analyse der nach Flexner behandelten Fälle, die auf die Serotherapie ein Licht werfen möchte. Wachenheim (New York).

J. H. Cumming. *A case of pneumococcal cerebrospinal meningitis.* (Lancet, 9. November 1912.)

In der Spinalflüssigkeit eines 12 Jahre alten unter meningitischen Symptomen erkrankten Knaben wurden wiederholt Pneumokokken nachgewiesen. Heilung durch 10malige Injektion von Merckschem Pneumokokkenserum (3·5 bis 7 cm³). Symptome von seiten der Luftwege waren nicht vorhanden gewesen. Eckhardt.

J. H. Bidenkap (Norwegen). *Die Poliomyelitisepidemie in Lesje im Jahre 1911.* (Tidsskr. for den norsk. Lägeforening, Jahrg. XXXII, S. 1149.)

Die beschriebene Epidemie begann plötzlich Mitte Juni und dauerte bis Ende August. Im ganzen 74 Fälle.

In bezug auf Alter und Geschlecht ist folgendes beobachtet:

Alter (Jahre)	männl. Geschlecht	weibl. Geschlecht
0 bis 5	3	3
5 bis 10	7	9
10 bis 15	20	12
15 bis 20	5	4
20 bis 30	4	3
30 bis 40	2	1
40 bis 50	1	0
Summe . . .	42	32

5 starben, davon 2 Männer respektive 30 und 17 Jahre alt, 2 Knaben respektive 15 und 13 Jahre alt und 1 13jähriges Mädchen.

4 bekamen Dauerparalysen. Von Symptomen, die für die Epidemie charakteristisch waren, werden erwähnt: Tremor und aufgehobene Reflexe sehr früh im Verlaufe der Krankheit, häufige Reprisen. Die Epidemie schien sich von Ort zu Ort längs den Kommunikationslinien zu verbreiten. Carl Looft.

Frederick E. Batten. *The use of celluloid splints in the treatment of cases of poliomyelitis.* (Lancet, 13. Juli 1912.)

Verf. verwendet Zelluloidhülsen bei Poliomyelitis, besonders für die unteren Extremitäten, bald nach Abklingen des akuten Stadiums. Die Hülsen bleiben je nach Bedarf wochen- und monatelang Tag und Nacht liegen und werden nur zur Massage und anderen Maßnahmen abgenommen. Sie verhindern Deformierungen, bringen die Muskeln in Ruhezustand und zur völligen Erschlaffung und ermöglichen in geeigneten Fällen zeitig das Gehen, sie zeichnen sich ferner durch sehr geringes Gewicht aus. Eckhardt.

John F. Anderson and **Wade H. Frost.** *Transmission of poliomyelitis by means of the stable fly (stomoxys calcitraus).* (Lancet, 30. November 1912.)

Den Verff. gelang es (nach Vorgang von Milton J. Rosenau),

1. von Affen, die mit Poliomyelitismaterial infiziert waren, durch Stich der gewöhnlichen Stallfliege die Krankheit auf gesunde Tiere zu übertragen,

2. von diesen durch Insektenstich erkrankten Tieren die Krankheit durch Verimpfung weiter zu übertragen. Nachweis durch histologische Untersuchung. Eckhardt.

David J. Davis. *Die anatomischen Veränderungen bei der Influenzapneumonie.* (Journ. infect. dis., X, S. 259—271.)

Bei den an Influenzameningitis erkrankten Individuen bilden Influenzabronchopneumonien einen häufigen Befund. Sie treten meist

frühzeitig auf und können dem Ausbruch der Meningitis vorausgehen. Man findet die Influenzabazillen in den Lungen und im Inhalt der Bronchien, meist kommen daneben in spärlicher Zahl andere Mikroorganismen wie Streptokokken, Pneumokokken und andere vor. Wahrscheinlich bilden die Lungen den ersten Angriffspunkt der Infektion für die Mehrzahl der Fälle, wenn nicht für alle. In morphologischer Hinsicht fand Verf. keine Unterschiede zwischen den Bronchopneumonien bei diesen Fällen und den Formen, wie sie bei Influenza oder bei anderen akuten Infektionskrankheiten vorkommen. H. Vogt.

F. B. Mallory, A. A. Hornor und **F. F. Henderson.** *Die Beziehungen der Bordet-Gengouschen Bazillen zu den pathologisch-anatomischen Veränderungen beim Keuchhusten.* (Journ. med. res., XXVII, S. 391—396.)

Die Verff. haben bei Fällen von Keuchhusten feinste Stäbchen von der Art der Bordet-Gengouschen Bazillen in großen Mengen in den Zilien des Flimmerepithels der Respirationswege gefunden. Außerdem ist es ihnen gelungen, denselben Befund zu erheben bei jugendlichen Tieren (Kaninchen und Hunden), die mit Sputum von Keuchhustenfällen oder auch mit Reinkulturen von Bordet-Gengouschen Bazillen geimpft wurden. Von den infizierten Tieren ließ sich der Bordet-Gengousche Bazillus wieder in Reinkultur züchten. Damit ist nach Ansicht der Verff. der Beweis erbracht, daß der Bordet-Gengousche Bazillus als Erreger des Keuchhustens zu betrachten ist. H. Vogt.

F. B. Mallory und **A. A. Hornor.** *Die histologischen Veränderungen im Respirationstraktus bei Keuchhusten.* (Journ. med. res., XXVII, S. 115—123.)

Bei einigen Fällen von Keuchhusten, die ziemlich kurze Zeit nach Auftreten der Erkrankung obduziert wurden, fanden sich zahlreiche kleinste Stäbchen zwischen den Zilien der Epithelzellen der Trachea und der Bronchien. Die Verff. stellen sich vor, daß die Bazillen in erster Linie mechanische Störungen der Flimmerbewegung auslösen und die Entfernung der Schleimhautsekrete stören. Daneben kommt eine gewisse toxische Wirksamkeit in Betracht, die sich u. a. äußert in dem Durchtritt von Leukozyten durch die Wand der Luftröhrenäste. Die bronchopneumonischen Veränderungen sind vielleicht auf Mischinfektion zurückzuführen. H. Vogt.

Josef K. Friedjung. *Wiederholte Erkrankung an Parotitis epidemica* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVII, S. 197—198.)

Ein 15½ Monate alter Knabe erkrankt gleichzeitig mit seinen Geschwistern an Parotitis und macht 4 Monate später abermals eine fieberhafte Schwellung der rechten Parotisgegend durch, nachdem er seit der ersten Erkrankung dauernd subfebrile Temperaturen, mäßige adenoide Wucherungen, sekundäre Lymphadenitis chron.

colli aufgewiesen hatte. Verf. glaubt, daß es sich bei dem 2. Anfall um eine Exazerbation des alten Prozesses gehandelt habe, nicht um frische Infektion. Doch dürfte eine sichere Deutung dieser Beobachtung kaum möglich sein. H. Vogt.

Stamm (Hamburg). *Mitteilungen aus der Kinderpoliklinik in Hamburg.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX, LXI, S. 706.)

1. Rheumatismus nodosus.

2 Fälle. Der 1. Fall steht wohl einzig da, insofern als das Kind außer einer Anzahl der charakteristischen symmetrischen Knoten keinerlei Symptome einer rheumatischen Erkrankung aufwies. Einer der Knoten wurde exstirpiert; die mikroskopische Untersuchung erwies die bindegewebige Natur desselben. Der 2. Fall ist typisch. Bemerkenswert ist das Auftreten eines Erythema marginatum bei demselben.

2. Enteritis necrotica beim Neugeborenen.

Das Kind trank an der Brust. 8 Tage lang konnte auf keine Weise Stuhlgang erzielt werden. Dann erst erschienen stinkende Stühle; das Kind verschlechterte sich schnell und starb am 10. Tage. Der Fall wird als primäre septische Affektion der Darmschleimhaut aufgefaßt, verursacht durch Geschwürsbildung infolge von Kotstauung und Zersetzungsvorgängen. Eine Ursache für die Obstipation wurde auch bei der Sektion nicht gefunden.

Thorspecken (Bremen).

James Lindsay. *Rheumatoide Arthritis im Kindesalter.* (Edinburgh. med. Journ., X, S. 332—346.)

Das Krankheitsbild, das der Verf. unter der Bezeichnung „rheumatoide Arthritis" beschreibt, ist seiner Ansicht nach nichts anderes, als was andere unter dem Namen Arthritis deformans, Osteoarthritis oder Stillsche Krankheit geschildert haben. Der Prozeß ist der gleiche, wie er vom Erwachsenen her bekannt ist, nur daß er sich bei Kindern schneller entwickelt. Still hat das von ihm beschriebene Krankheitsbild von der rheumatischen Arthritis abtrennen wollen, weil er dieser irrtümlich hypertrophische Prozesse an den Knochen als charakteristisch zuschrieb, wie sie bei Osteoarthritis beobachtet werden. Drüsenschwellungen, die ihm ebenfalls mit der Diagnose der rheumatischen Arthritis unvereinbar schienen, sind bei dieser Erkrankung bei Erwachsenen mehrfach beobachtet worden und bei Kindern sogar ein häufiger Befund. Ob eine echte Osteoarthritis mit Beteiligung mehrerer Gelenke bei Kindern überhaupt vorkommt, ist zweifelhaft. Sie kann leicht vorgetäuscht werden durch Fälle von rheumatoider Arthritis, die in ein chronisches Stadium mit Atrophie der Gelenkkapseln und Kontrakturbildung ausgegangen sind. Die Röntgenbilder solcher Fälle sichern die Diagnose durch den Nachweis der atrophischen Prozesse. Die Krankheit scheint nicht

erblich übertragbar zu sein. Sie tritt oft auf im Anschluß an eine Erkältung oder an ein Trauma, in mehreren Fällen schloß sie sich zeitlich an einen infektiösen Prozeß an.

Der Ausbruch der Erkrankung erfolgt meist im Alter von 20 bis 50 Jahren, doch bleibt kein Lebensalter ganz verschont. Weibliche Individuen werden auffallend häufiger befallen als männliche. Der Verlauf ist im allgemeinen beim Kind schneller als bei Erwachsenen. Im Beginn tritt meist das Gefühl von Steifheit und Müdigkeit in einem oder mehreren Gelenken auf, wonach bald weitere Gelenke in Mitleidenschaft gezogen werden. Zeitweilige Stillstände ändern nichts am fortschreitenden Verlauf der Erkrankung. Namentlich zu Beginn ist oft eine symmetrische Beteiligung der Gelenke zu bemerken. Zuerst betroffen werden gewöhnlich die proximalen Interphalangealgelenke der Finger, die Handgelenke, die Knie und Knöchel, doch kann auch die Halswirbelsäule der zuerst betroffene Körperteil sein, oder Hüften und Schultern werden zeitig in Mitleidenschaft gezogen.

Die erkrankten Gelenke zeigen eine spindelförmige Verdickung, die nur durch Weichteilschwellung zustande kommt. Die Gelenke sind schmerzhaft während des akuten Stadiums, im chronischen Stadium bestehen Schmerzen nur bei Bewegungen. Die anfangs geschwollenen Gelenke verkleinern sich, zuweilen versteifen sie und Sehnenkontrakturen und Muskelatrophie bilden sich aus. Im Beginn besteht Fieber, ebenso bei späterem neuem Aufflackern der Erkrankung. Die Muskulatur wird so frühzeitig atrophisch, daß die Bewegungsstörung nicht als ausreichende Ursache dafür gelten kann. Am stärksten betroffen sind die Extensoren der Arme und Beine und die Interosseï an den Händen. Die Sehnenreflexe bleiben erhalten und sind eher leicht gesteigert. Im Röntgenbild fällt die Verdünnung der Knochen in der Nähe der Gelenke auf. Im atrophischen Stadium sind die Gelenkenden unregelmäßig gestaltet. Die Unregelmäßigkeiten beruhen aber nicht auf Osteophytbildung, sondern auf Atrophie durch Druck der hypertrophischen Synovialmembran. Drüsenschwellungen treten häufig auf, sind aber meist nicht hochgradig und nicht an die erkrankten Gelenke gebunden. Auch Milzvergrößerung kommt nicht selten vor. Die Prognose ist günstiger bei Fällen mit akutem Beginn als bei schleichendem Einsetzen der Erkrankung. Für die Behandlung legt Verf. im Beginn Wert auf Ruhigstellung, in den späteren Stadien auf schonende Massage, Übungsbehandlung usw. H. Vogt.

J. Takeno. *Zur Kenntnis des Verhaltens des Blutes bei den Rheumatosen.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVII, S. 53—64.)

Bei Fällen von Rheumatosen, unter welchem Namen der Gelenkrheumatismus, die Chorea und die Endokarditis zusammengefaßt werden, ändern sich bei längere Zeit fortgesetzter Beobachtung der Hämoglobingehalt des Blutes sowie die Zahl der roten und auch der weißen Blutkörperchen im gleichen Sinne wie die Schwere der

Erkrankung. Darin erblickt Verf. eine neue Stütze für die Auffassung, daß die genannten Krankheitsbilder in engen Beziehungen zueinander stehen. H. Vogt.

Zirkulationsapparat.

Edmund Hughes. *Chronic oedema of one leg in a child.* (Lancet, 14. September 1912.)

Plötzlich aufgetretenes Ödem des linken Beines bei einem 6jährigen Mädchen, das jeder Behandlung trotzte. Urin Spur Albumen, Pirquet negativ, Blut ohne Bosonderheiten, Durchleuchtung ergab nichts Krankhaftes. Eckhardt.

Respirationsapparat.

F. G. Chandler. *A case of empyema in an infant aged five weeks, with operation and recovery.* (Lancet, 28. Dezember 1912.)

Bei einem Kinde von 5 Wochen wurde ein linksseitiges Empyem durch einfache Durchtrennung des Gewebes eines Interkostalraumes entleert; keine Rippenresektion. Drainage. Heilung. Im Eiter fand sich Staphylococcus pyog. aureus, derselbe Mikroorganismus wurde im Eiter einer Fistel im Nacken (Branchialfistel) nachgewiesen. Eckhardt.

Blut und blutbildende Organe.

Friberger (Upsala). *Über die Entwicklung von Puls und Blutdruck im späteren Kindesalter.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX, LXI, S. 331.)

Die Beobachtungen entstammen demselben Material, an dem Friberger seine Studien über Arhythmie vornahm (s. Ref. Bd. XI, S. 620). Friberger konstatiert eine Unterbrechung der mit zunehmendem Alter einhergehenden Verlangsamung des Pulses bei Knaben im 13., bei Mädchen im 14. Jahre. Der systolische Blutdruck bleibt bei Knaben vom 8. bis 12. Jahre auf einer ungefähr gleichen ziemlich niedrigen Höhe, um erst im 13. Jahre rapid zu steigen. Bei Mädchen dagegen steigt er ziemlich gleichmäßig bis zu einem Maximum am Ende des 11. Jahres an. Ganz ähnliche Beobachtungen hatte auch Ssladkoff (im Gegensatze zu anderen Autoren) an einem großen Material erhoben. Die sprunghafte Erhöhung des Blutdruckes

scheint in Zusammenhang mit einer Periode schnellerer Zunahme von Gewicht und Körperlänge zu stehen und dieselbe einzuleiten. Die Veränderungen der Plusfrequenz und des Blutdruckes kongruieren nicht miteinander und scheinen von verschiedenartigen Momenten abhängig zu sein. Thorspecken (Bremen).

Hugh T. Ashby. *The relation of iron to anaemia in infancy and childhood.* (Lancet, 20. Juli 1912.)

Mikroskopische und chemische Untersuchungen des Eisengehaltes der Leber bei normalen und kranken Säuglingen (1 Neugeborenes), mehreren größeren Kindern und einigen Erwachsenen. Der größte Eisengehalt in organischer Form fand sich, wie zu erwarten war, bei dem Neugeborenen; noch mehr Eisen, aber in anorganischer Form enthielten die Lebern von an perniziöser Anämie und hypertrophischer Zirrhose verstorbenen Erwachsenen. Eckhardt.

M. de Biehler (Warschau). *Anémie à type chlorotique chez l'enfant.* (Arch. de méd. des enf., Bd. XVI, H. 3.)

Bei 62 Kindern (darunter 47 Mädchen) im Alter von 1 bis 3 Jahren fand de Biehler einen chlorotischen Blutbefund. Durchweg spielten in der Anamnese der Kinder Digestionsstörungen oder eine fehlerhafte Ernährung (besonders ausschließliche allzu lange Milchernährung) eine Rolle, so daß es zur Erschöpfung des Eisenvorrates kam. De Biehler nimmt deshalb an, daß es sich bei der chlorotischen Anämie nicht um eine essentielle Anämie handle.

Wenn also die Verf. selbst den alimentären Ursprung dieser Anämie nicht verkennt (unter den 4 als Beispiel mitgeteilten Krankengeschichten ist allein bei 3 Kindern ein grober Mißbrauch mit Milch verzeichnet) und wenn man bedenkt, daß dies das einzige Sichere ist, was wir über diese häufige Fom der Anämie wissen, und wenn man hinzunimmt, daß es sich dabei nicht immer um einen rein chlorotischen Blutbefund handelt, so fragt man sich, was berechtigt dazu und welchen Vorteil hat es, den unklaren und verwirrenden Begriff einer „Chlorose der ersten Kindheit" einzuführen? Auch der Glaube an die Wirkung der Eisendarreichung berechtigt dazu noch nicht. Dem praktischen Bedürfnisse und jetzigen Standpunkt entspricht jedenfalls die Bezeichnung „alimentäre Anämie" weit besser und sie weist zugleich dem Arzt den Weg für die Therapie. Thorspecken (Bremen).

Caronia (Palermo). *Weiterer Beitrag zur Leishmania-Anämie.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LIX, H. 5/6.)

Bericht und Epikrise über 37 Fälle Leishmanscher Anämie, die für Sizilien und die Mittelmeerländer von zunehmender Bedeutung zu werden scheint. Thorspecken (Bremen).

Lymphatischer Apparat.

David J. Davis. *Bakteriologie und pathologische Anatomie der Tonsillen, insbesondere beim chronischen Gelenkrheumatismus, bei Nieren- und bei Herzkrankheiten.* (Journ. infect. dis., X, S. 148 bis 161.)

Die bakteriologischen Untersuchungen des Verf. erstrecken sich auf 113 Tonsillen, die durch Exstirpation gewonnen waren. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle fanden sich hämolytische Streptokokken neben nur wenig anderen Mikroorganismen, zuweilen fast in Reinkultur. In vereinzelten Fällen fanden sich besonders bei Endokarditis pneumokokkenartige Mikroorganismen. Die hämolytischen Streptokokken erwiesen sich als virulent für Kaninchen, bei denen sie sich regelmäßig in der Nähe der Gelenke festsetzten und multiple Gelenksentzündungen auslösten. Nur ausnahmsweise wurden die Herzklappen befallen. Die Pneumokokken setzten sich mit Vorliebe auf den Klappen fest und erzeugten selten Gelenksentzündungen. Die durch die Streptokokken experimentell erzeugte Gelenksentzündung kann in ein chronisches monatelang dauerndes Stadium übergehen. Das anfangs schleimige Exsudat wird später eitrig; es enthält meist Streptokokken, war aber in einzelnen Fällen steril. Die bei den einzelnen Krankheitsformen gezüchteten Streptokokken ließen keinerlei Unterschiede in ihrer morphologischen Beschaffenheit, ihrem Verhalten gegen zuckerhaltige Nährböden und ihrer Tierpathogenität erkennen. Kulturen, die von der Oberfläche der Tonsillen angelegt werden, erlauben kein Urteil über den Bakteriengehalt im Innern der Tonsillen. Abstriche von den Tonsillen sind speziell bei chronischen Fällen wertlos, wenn es sich darum handelt, die in den Tonsillen eingeschlossenen Bakterien festzustellen. In fast allen vergrößerten Tonsillen finden sich virulente Streptokokken, so daß man derartige Kranke als Streptokokkenträger betrachten muß. H. Vogt.

Innere Sekretion.

L. Mendelsohn (Berlin). *Die chemische Zusammensetzung der kindlichen Thymusdrüse.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX, LXI, S. 491.)

Analysen von 20 Thymusdrüsen solcher Kinder, die nur wenige Tage krank waren und nicht erheblich abgemagert waren. Trotzdem lag das Gewicht der Drüsen im Durchschnitt unter dem von Hammar angegebenen. Der Wassergehalt war bei jüngeren Kindern im allgemeinen etwas größer als bei älteren. Thorspecken (Bremen).

Verdauungsapparat.

Robert Zeit. *Angeborene Undurchgängigkeit der Speiseröhre mit Oesophago-Trachealfistel.* (Journ. med. res., XXVII, S. 45—53.)

Von derjenigen Form der Mißbildung der Speiseröhre, bei der das obere Ende der Speiseröhre blind endigt, während das untere Ende in offener Verbindung mit der Luftröhre oder mit einem Bronchus steht, also der häufigsten Art von Mißbildung des Organs, hat Verf. nur 5 reine unkomplizierte Fälle in der Literatur aufgefunden, denen er eine neue eigene Beobachtung anreiht. Die Entstehung dieser Mißbildung ist weder auf entzündliche Veränderungen im Embryonalleben noch auf ein geschlossenes Vorstadium der Speiseröhre, das bei normaler Entwicklung nicht vorkommt, zurückzuführen. Sie entsteht wohl dadurch, daß infolge fehlerhafter Anlage die seitliche Längsfurche, welche die Trennung von Luft- und Speiseröhre herbeiführt, von der dorsalen statt von der ventralen Seite ausgeht. H. Vogt.

Hutinel et **Nobécourt.** *Des colites aiguës chez les enfants.* (Referat a. d. 13. med. Kongreß in Paris, Oktober 1912.) (Arch. de méd. des enf., XVI, 3, p. 161 et 4, p. 250.)

Ausführliche Darstellung dieses in den deutschen Lehrbüchern nur kurz behandelten Gebietes. Die Ref. präzisieren ihren Standpunkt dahin, daß eine Einteilung der Erkrankungen des Dickdarms nach pathologisch-anatomischen und bakteriellen Prinzipien nicht möglich ist und daß die Entero-Kolitis und Kolitis nur klinische Syndrome darstellen. Nur die eigentliche Dysenterie trennen sie von der Kolitis ab.

Symptome: Schmerzen, gewöhnlich in der Nabelgegend und im Epigastrium, können fehlen. Ein flacher eingezogener Leib ist häufiger, seltener eine Auftreibung desselben. Headschen Zonen kommt diagnostische Bedeutung nicht zu. Im Beginne häufig Verstopfung, später schleimig-blutige Entleerungen, wechselnd mit fötiden flüssigen Stühlen. Es gibt auch leichte Kolitiden, besonders im Verlaufe von Scharlach, Appendizitis, Azetonämie, die symptomlos verlaufen und nur durch chemische Untersuchungen aufgedeckt werden können. Anderseits können sehr heftige Allgemeinerscheinungen auftreten, Fieber von typhösem Charakter usw.

Klinische Formen: 1. Muköse oder katarrhalische Kolitiden: a) leichte, gutartige Form, b) schwere Form (= Enteritis follicularis), meist Folge mehrerer leichterer Attacken, c) partielle oder lokalisierte Formen. 2. Akute dysenterieforme Kolitiden: sehr häufige schmerzhafte schleimig-blutige Entleerungen. 3. Choléra sec: die schweren Allgemeinsymptome stehen in Mißverhältnis zu den Darmstörungen.

Komplikationen: Aphthen, Stomatitis ulcerosa, Pharyngitis (oft auch Ursache der Colitis), periodisches Erbrechen, Appendicitis (namentlich chronische sklerosierende Formen, die sich erst einige Zeit nach der Kolitis bemerkbar machen), stärkere Hämorrhagien,

Rektumprolaps. Von Seiten der Harnwege: Dysurie, Tenesmus, Zystitiden (oft mit Vulvovaginitis kombiniert), Albuminurie. Leber: Subikterus, manchmal auch katarrhalischer Ikterus. Nervensystem: Krämpfe, Tetanie, meningitische Symptome (erhöhter Lumbaldruck), abnorme psychische Zustände. Haut: polymorphe Erytheme, oft schuppend; Purpura, öfter von hämorrhagischer Nephritis begleitet; Ödeme, die ihren Ursprung in einer Gewebsveränderung haben.

Pathologische Anatomie: die bekannten Veränderungen an den Follikeln sind gewöhnlich im Rektum am meisten ausgesprochen; auch der untere Teil des Ileums zeigt gleichartige Veränderungen, jedoch nur selten Geschwürsbildung. Der Befund einer einfachen Schwellung der Follikel beweist noch keinen entzündlichen Prozeß.

Bakteriologie: Kolibazillen können nur in den Fällen als Erreger gelten, wo auch das stark verdünnte Serum des Kranken agglutinierende Eigenschaften besitzt. Die Flexnerschen und Shigaschen Bazillen sind auch bei der dysenterieformen Kolitis gewöhnlich nicht deren Erreger. Am häufigsten sind Streptokokken, im unteren Abschnitte des Ileums oft fast in Reinkultur, im Dickdarme gewöhnlich mit anderen Bakterien vermischt. In letzteren können sie tief in die Schleimhaut vordringen, bis zur Subserosa und sind daher gewöhnlich als Erreger der schweren klinischen Formen zu finden. Das häufigste ist aber keine einheitliche, sondern eine komplexe Flora.

Nach den Ursachen werden die Kolitiden in idiopathische und sekundäre Kolitiden eingeteilt. 1. Erstere bevorzugen das 2. bis 4. Lebensjahr und sind auch in der späteren Kindheit nicht selten. Die Dentition soll Gelegenheitsursache sein können. Eine besondere Rolle wird der in diesen Jahren vor sich gehenden stärkeren Entwicklung des lymphoiden Gewebes zugesprochen. Kinder besserer Stände, Neuro-arthritiker, Lymphatiker erkranken häufiger. Häufigste Ursachen sind Überernährung und zu lange Ernährung namentlich mit sterilisierter Milch, Mißbrauch mit Eiern und Fleisch; ferner verdorbene Nahrungsmittel, Affektionen des Mundes, der Nase und besonders des Pharynx. 2. Die sekundären Kolitiden resultieren von Verengerungen oder Erweiterungen des Dickdarms, von Eingeweidewürmern (besonders Trichozephalus), verschiedenen Infektionskrankheiten, Meningitiden.

In pathogenetischer Hinsicht kommen einerseits Schädigungen des Darmes und der Verdauungsdrüsen durch schädliche Verdauungsprodukte und eine abnorme Darmflora, anderseits die Einfuhr pathogener Bakterien mit der Nahrung, mit verschlucktem virulentem Eiter usw. in Betracht. Ein Teil der Symptome wird auf Anaphylaxie zurückgeführt, ein anderer auf Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion, ein weiterer auf direkte Wirkung der im Darme gebildeten Gifte.

Den Schluß der Ausführungen bildet eine Besprechung der Therapie (Magen-Darmspülungen; als bestes Abführmittel Glaubersalz 5 bis 15 g, danach täglich noch 1 bis 5 g; Adstringentien haben keinen Wert; 2 bis 6 Tage Wasserdiät; Beginn mit Kohlehydraten:

statt vorsichtigen Beginns mit Milch besser Kefir oder Buttermilch; bei fötiden Stühlen Empfehlung von Milchsäurebazillenkulturen).
Thorspecken (Bremen).

F. J. Poynton and **Alexander Paine.** *The etiology of appendicitis as a result of a blood infection, with particular reference to the tonsils as the primary seat of infection.* (Lancet, 17. August 1912.)
Bei einem (durch Operation geheilten) Mädchen von 15 Jahren fanden sich in der entzündeten rechten Tonsille und in Wurmfortsatz dieselben Strepto-Diplokokken. Ihre Identität wurde kulturell und im Tierexperiment erwiesen (es entstanden Arthritiden und bei einem Kaninchen Appendizitis). Eckhardt.

Gerald S. Hughes. *Acute irreducible intussusception in a child aged 6 months; resection, recovery.* (Lancet, 28. September 1912.)
Ein Kind von 6 Monaten wurde mit schweren Symptomen im Kollaps eingeliefert, Tumor fühlbar. Es fand sich eine Intussusceptio ileocolica. Der nicht vollständig redressierbare Teil wurde exzidiert, die Enden vereinigt. Heilung. Eckhardt.

Walter Schmidt. *Das Ulcus rotundum duodeni im ersten Lebensjahr.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, L, S. 593.)
Die Arbeit stammt aus dem Breslauer pathologischen Institut. Nach Erfahrung des Verf. ist das Ulcus rotundum im Gegensatz zu den Angaben in der Literatur im ersten Lebensjahre recht häufig, nach seinem Material bei weitem häufiger als in jedem andern Lebensalter. Jede Erkrankung, die den Ernährungszustand stark schädigt, ist nach Schmidt imstande, für das Entstehen eines Defektes im Duodenum einen günstigen Boden vorzubereiten. Von den 20 Fällen von Ulcus duodeni im ersten Lebensjahre, die im Breslauer Institut zur Sektion gelangten, wurde die Diagnose nur zweimal intra vitam gestellt. Keller (Berlin).

Leber.

H. Blakeway. *Congenital absence of the gallbladder, associated with imperfect developement of the pancreas and imperforate anus.* (Angeborenes Fehlen der Gallenblase, mit unvollkommener Entwicklung des Pankreas und atresia ani.) (Lancet, 10. August 1912.)
Eckhardt.

Maurice Davidson. *A case of fatal haematemesis in a child due to cirrhosis of the liver.* (Lancet, 17. August 1912.)
Ein Mädchen von 4 Jahren erkrankte mit Blutbrechen und schwarzen Stuhlentleerungen, 3 Tage später Exitus. Es fanden sich erweiterte Venen an der Kardia und Leberzirrhose. Ätiologie unklar. Eckhardt.

Pankreas.

W. L. Goldie. *Pancreatitis with jaundice in the infectious diseases.* (Lancet, 9. November 1912.)

Verf. beobachtete bei Scharlachfällen und 1 Diphtheriefalle Ikterus und „Schmerzhaftigkeit des Pankreaskopfes". Es waren leicht verlaufende, nicht septische Erkrankungen. Eckhardt.

Urogenitalapparat.

O. Heubner. *Über chronische Nephrose im Kindesalter.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVII, S. 1—20.) (Siehe Referat des Vortrages in Münster. Monatsschr., XI, S. 377.)

Das Krankheitsbild der chronischen Nephrose ist nach den Beobachtungen Heubners nicht sehr verbreitet. Auf die Gesamtheit der klinisch behandelten Fälle entfielen mit Ausschluß des sehr selten betroffenen Säuglingsalters nur 5·6 : 1000 von dieser Erkrankung. Die Mehrzahl der Fälle betraf Kinder des schulpflichtigen Alters, doch waren auch solche aus dem 2. bis 4. Lebensjahre nicht spärlich vertreten. Fast die Hälfte der Fälle verlief unter dem Bild der chronischen hämorrhagischen Nephrose. Dabei ist der Harn während der ganzen Dauer der Erkrankung bluthaltig, reich an Eiweiß und enthält neben reichlichen Erythrozyten zahlreiche Leukozyten, Zylinder aller Art und fast regelmäßig Fettkörnchenzellen und mit solchen besetzte Zylinder. Die Erkrankung verläuft mit Ödemen verschiedener Stärke, oft auch mit urämischen Symptomen. Der tödliche Ausgang erfolgt öfter unter dem Bild der Herzinsuffizienz als im urämischen Anfall. Nicht regelmäßig kommt es zu Hypertrophie des Herzens. Die Obduktion ergab bei 5 Fällen eine Mischung von parenchymatösen und interstitiellen Veränderungen. Die Erkrankung kann sich über eine Reihe von Jahren erstrecken. Verhältnismäßig viele der betroffenen Kinder wiesen Erscheinungen von „Lymphatismus (exsudativer Diathese)" auf. Eine 2. Form der chronischen Nephrose unterscheidet sich von der soeben beschriebenen hauptsächlich durch den fehlenden Blutgehalt des Harnes. Nur in einzelnen Fällen bestand Erhöhung des Blutdruckes. Die Erkrankung verlief meist in einigen Monaten tödlich. Die Nieren gaben makroskopisch den Anblick der großen weißen Niere. Im interstitiellen Gewebe des Organs fand sich wesentlich nur Verfettung der fixen Zellen. Die Prognose ist ungünstig. Die Behandlung beider Formen von chronischer Nephrose hat die Aufgabe, Infektionen zu verhüten, z. B. durch Ausschälung der Gaumenmandeln; im übrigen ist sie rein symptomatisch. Eine ausgesprochene Schrumpfniere hat Heubner nur einmal beobachtet bei einem 3jährigen Kinde, dessen Vater an Bleivergiftung litt. In 2 weiteren Fällen waren die interstitiellen Veränderungen in den Nieren weit stärker

als die parenchymatösen. Verhältnismäßig selten sind auch die Fälle von chronischer Nephrose, die sich im Anschluß an Pyelitis entwickeln und dann meist auf Koliinfektion zurückzuführen sind. Die leichte Form der chronischen Nephrose (Paedonephritis levis) kommt in der Klinik seltener zur Beobachtung als außerhalb. Dabei ist der Eiweißgehalt des Harnes gering, das Sediment besteht aus hyalinen und granulierten Zylindern und gelegentlich aus roten Blutkörperchen, nämlich beim Auftreten infektiöser Prozesse etwa an den Tonsillen. Die Beschwerden der Kranken sind geringfügig, stärkere Ödeme fehlen. Die Erkrankung erstreckt sich auf viele Jahre, ohne progredient zu werden, doch ist ungewiß, ob sie häufiger ganz ausheilt. In einem anatomisch untersuchten Falle fanden sich fleckweise Verfettung der Rindenepithelien und besonders in der Grenzschicht zahlreiche kleine Herde von Rundzelleninfiltration. Die Erkrankung entwickelt sich häufig im Anschluß an Scharlach und betrifft fast nur das spätere Kindesalter. Eingreifende Behandlung mit langdauernder Bettruhe, Milchdiät usw. ist dabei zwecklos. Selten sind die Fälle von intermittierender Albuminurie, auch können sie, wie eine Beobachtung zeigt, ausheilen. H. Vogt.

Neurologie und Psychiatrie.

Lesage et **Gauchery.** *Un cas d'hémispasme congénital de la face (Variot).* (Arch. de méd. des enf., Bd. XVI, H. 4.)

Ein 7monatiges Kind, das an Krämpfen litt und an einer Pneumonie zugrunde ging, bekam jedesmal, wenn es zu schreien begann, einen Spasmus des rechten Fazialis. Spontan trat derselbe nie ein. Die elektrische Untersuchung ergab eine faradische und galvanische Übererregbarkeit in dem betreffenden Fazialis; keine Entartungsreaktion. In diesem Punkte unterscheidet sich der Fall von denen Variots, welcher partielle Entartungsreaktion gefunden hatte und der bei den autoptisch untersuchten Fällen atrophische und degenerative Erscheinungen an den Muskeln entsprachen. Ob das Kind, das mehrfach Krämpfe hatte, eine allgemeine elektrische Übererregbarkeit aufwies, ist augenscheinlich nicht untersucht. Die Franzosen halten ja die elektrische Übererregbarkeit spasmophiler Kinder für eine „illusion allemande". An dem Falle ist ferner sehr interessant, daß die rechte Thoraxhälfte sich an der Atmung nicht beteiligte, so daß es den Eindruck machte, als ob es sich um einen Spasmus der rechtsseitigen Interkostalmuskeln handelte.

Thorspecken (Bremen).

Eric Bellingham Smith, and **A. W. G. Woodforde.** *Two unusual forms of meningitis occurring in infancy.* (Lancet, 27. Juli 1912.)

Der erste Fall, Kind von 10 Monaten, hatte eine Krankheitsdauer von 14 Wochen, mit mehreren Remissionen. Die eitrige Lumbal-

flüssigkeit enthielt mehrmals einen Leptothrix, in der Zeit der Remissionen war sie steril. Vakzinebehandlung war vorübergehend von Einfluß. Die letzte Lumbalpunktion ergab eine klare Flüssigkeit mit einem Koagulum, das Tuberkelbazillen enthielt. Sektion: typische tuberkulöse Meningitis. Im 2. Falle, der ebenfalls letal verlief, wurde Bac. coli comm. als Erreger nachgewiesen, es bestand kein Blasenkatarrh, keine Darmstörung. Vakzine war ohne Einfluß. Koli-Meningitiden sind sehr selten. Eckhardt.

E. Athole Ross. *A case of meningitis, etc.* (Lancet, 9. November 1912.)

Kind von 9 Monaten erkrankte mit meningitischen Symptomen und starb nach 3 Tagen. In der Lumbalflüssigkeit fanden sich schon in vivo intra- und extrazelluläre Bazillen. Derselbe Mikroorganismus fand sich bei der Sektion, wuchs in Reinkultur und wurde als Bac. proteus identifiziert. Eckhardt.

F. Harbitz (Norwegen). *Anatomische Untersuchungen von einigen selteneren Hirnkrankheiten.* (Norsk Mag. for Lägevidenskaben 1912, Jahrg. LXXIV, S. 997 und 1194.)

Sehr genaue Beschreibungen von:

1. Einem Fall von tuberöser Hirnsklerose, wo zur selben Zeit auch Myxo-liposarcomata der Nieren und Adenoma sebaceum der Haut gefunden wurden.

2. 7 Fälle von Hirnkrankheiten mit Krämpfen („Epilepsie") als hervortretendes Symptom.

3. Einem Falle von Mikrocephalie. Die anatomischen und mikroskopischen Daten, die der Verf. schildert, dürften auch Kinderärzte interessieren. Carl Looft.

Stoffwechselkrankheiten.

F. Glaser. *Das histologische Blutbild in schweren Fällen von infantilem Skorbut (Möller-Barlowsche Krankheit) und das Auftreten dieser Krankheit im schulpflichtigen Alter.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, I. S. 200.)

Der erste Fall betrifft ein 7 Monate altes Mädchen, bei dem typische Erscheinungen von Barlow bestanden. Das Kind hatte bis zum 6. Lebensmonat halb Milch und halb Theinhardtmischung erhalten, später $^2/_3$ Milch, vom 7. Lebensmonat an Vollmilch. Die Milchmischungen wurden im Soxhletapparat 3 Minuten gekocht. Eigenartig war der Blutbefund: neben stark vermindertem Hämoglobingehalt (40%) eine exzessive Herabsetzung der Zahl der roten Blutkörperchen; 800.000 Erythrozyten, 12.000 Leukozyten, darunter 40% Polynukleäre, 60% Lymphozyten, 1% Eosinophile. Geringe Poikilozytose und Polychromatophilie. Zahlreiche Megaloblasten und Normoblasten und Kernteilungsfiguren.

Der 2. Fall ist merkwürdig durch das späte Auftreten der Erkrankung. Es handelt sich nämlich um einen 6jährigen Knaben, bei dem bei einseitiger Milch-Semmel-Nahrung Symptome eines echten infantilen Skorbuts auftreten: Schwellung des Zahnfleisches, starke Knochenempfindlichkeit bei Freibleiben der Gelenke, Blut im Urin. Bei Ernährung mit roher Milch heilten alle Symptome schnell ab.

Keller (Berlin).

Nobécourt, Tixier et **Maillet.** *Hématologie et altérations ostéo-médullaires dans la maladie de Barlow.* (Arch. de méd. des enf. Bd. XV, H. 4.)

Als ziemlich konstante Blutveränderung beim Barlow sehen die Verff. eine Anämie an, die einerseits Folge der Blutungen, anderseits Folge der gewöhnlich vorhandenen Ernährungsstörung ist. Außerdem halten sie eine myeloide Blutbeschaffenheit (Auftreten von Myelocyten und kernhaltigen Roten) als charakteristisch für Barlow. Das Verhältnis der Leukozytenformen dagegen läßt sich nicht in eine bestimmte Regel fassen. Die beschriebenen histologischen Veränderungen am Knochenmark entsprechen den von Schmorl u. A. beschriebenen Befunden.

Die Krankheit soll bei den von ihr betroffenen Individuen eine Disposition zur Anämie hinterlassen, die unter dem Einflusse geringfügiger Schädlichkeiten und Ursachen, die für gewöhnlich nicht zur Anämie führen, manifest werde. Thorspecken (Bremen).

Wachstumkrankheiten.

C. D. Telford. *Hemi-hypertrophy of the body with naevus and varicose veins.* (Lancet, 9. November 1912.)

Kind von 7 Jahren mit Naevus der rechten Körperhälfte, mit der Mittellinie abschneidend. Die ganze rechte Seite ist hypertrophisch, besonders das rechte Bein. Aus der Literatur sind einige derartige Fälle bekannt, die sämtlich die 3 Symptome des einseitigen Naevus, einseitiger Hypertrophie und varizöser Venen der erkrankten Körperhälfte darboten. Das Leiden ist angeboren. Eckhardt.

Haut.

F. H. Jacob. *Case of extensive fibroangioma treated by radium.* Lancet, 7. Dezember 1912.)

Ein großes, die ganze vordere Brustfläche einnehmendes Fibroangiom bei einem 8 Monate alten Knaben verschwand unter Radiumbehandlung (vorher Elektrolyse.) 2 Abbildungen. Eckhardt.

Arthur Whitfield. *A method of rapidly exterminating pediculi capitis.* (Lancet, 28. Dezember 1912.)

Das Haar wird mit einer Karbollösung 1 : 40 zehn Minuten lang getränkt, man läßt abtropfen, umbindet den Kopf für eine Stunde mit Flanell und läßt dann verdunsten. Prompte Beseitigung der Parasiten in allen Fällen. Eckhardt.

R. Monod. *Désinfection de la peau à la teinture d'Iode chez les enfants. — Son innocuité.* (Arch. de méd. des enf., XVI, 5, p. 349.)

Monod wendet sich gegen Codet-Boisse, der bei Kindern ernste Folgen von Desinfektion mittels Jodtinktur gesehen haben will. Abgesehen von einem Säugling, der Blasen bekam, erlebte Monod nie Hautreizungen, wenn die Jodtinktur nach der Operation mit Alkohol entfernt wurde. Nur an der Haut des Warzenfortsatzes scheut er sich Jodtinktur anzuwenden. Thorspecken (Bremen).

Zahnung.

Helbich (Berlin-Schöneberg). *Zahnschmelzdefekte in ihren Beziehungen zu Rachitis und den spasmophilen Zuständen des Säuglings- und späteren Kindesalters.* (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX, LXI, S. 371.)

Untersuchungen an 506 Kindern im Alter von 10 bis 11 Jahren. Von sämtlichen früher rachitischen Kindern zeigten 84·3% (= 107 Kinder) Zahnerosionen, von den Nichtrachitischen 9·5% (=32 Kinder). Dagegen ließen sich bei den Kindern, die früher an (wahrscheinlich) spasmophilen Krämpfen gelitten hatten (32 Kinder), in 66% Zahnerosionen nachweisen. Dieser Prozentsatz muß als ein besonders hoher deshalb gelten, weil 9 von diesen Kindern zu der Gruppe der Nichtrachitischen gehörten und bei weiteren 8 augenscheinlich nur eine sehr leichte Rachitis vorausgegangen war. Abgesehen von diesem Zahlenverhältnisse, spricht auch die Stärke der Erosionen bei den Krampfkindern dafür, daß schwere spasmophile Zustände in näherer Beziehung zu Bildungsanomalien des Zahnschmelzes stehen als die rachitische Stoffwechselstörung.

Helbich suchte auch Aufschluß durch Prüfung des Fazialisphänomens zu gewinnen, konnte aber nur feststellen, daß sich bei Kindern mit positivem Fazialisphänomen in der Anamnese 4mal so häufig Krämpfe finden als bei den Kindern ohne das Phänomen.

Thorspecken (Bremen).

Auge.

Sydney Stephenson. *On the duty of the practitioner in cases of ophthalmia neonatorum.* (Lancet, 16. November 1912.)

Bei den (meist gonorrhoischen) Augenentzündungen Neugeborener hat der Arzt nach Verf. die Pflicht: 1. vorzubeugen, durch sorgfältige Reinigung des Bindehautsackes bei jedem Neugeborenen; bei Gonorrhoeverdacht außerdem Einträufelung einer 1%igen Höllensteinlösung (Credé: 2%); 2. bei bereits vorhandener Entzündung den Fall zu melden; 3. solche Fälle ausgiebig und lange genug zu behandeln. Eckhardt.

Chirurgie.

Nageotte-Wilbouchewitch. *Un cas de luxation récidivante de la rotule.* (Arch. de méd. des enf., XVI, 5, p. 363.)

15jähriges Mädchen. Mehrfache Luxation der Patella ohne besondere äußere Ursache. Starke Atrophie des Quadrizeps. Die Disposition war augenscheinlich geerbt (2 Mitglieder der Aszendenz hatten auch Luxationen der Patella erlitten) und bestand in abnormer Schlaffheit der Gelenkbänder und abnormer Größe der Patella.

Thorspecken (Bremen).

H. H. Sampson. *The operative treatment of simple fracture of the long bones in children.* (Lancet, 17. August 1912.)

W. Arbuthnot Lane hat seit 1907 von 104 Fällen von Fraktur im Kindesalter 72 operiert, über diese berichtet Verf. Operiert wurden nur Fälle, bei denen durch Röntgendurchleuchtung in 2 Richtungen eine Verschiebung nachgewiesen wurde. In den meisten Fällen wurden nach Adaptierung der Frakturenden lange schmale Stahlschienen mit Schrauben am Knochen befestigt. Die Resultate waren gut, nach Verf. besser als die des konservativen Verfahrens, besonders wenn die Operation innerhalb der 1. Woche nach dem Trauma vorgenommen wurde. (Vollkommene Resultate bei frischen Frakturen in über 88% der Fälle, bei schlecht oder nicht geheilten Frakturen nur in 37%). Nur in wenigen Fällen war es nötig, die Platte nachträglich zu entfernen. Das Verfahren ist kontraindiziert bei komplizierten Frakturen, schlechtem Zustande der Haut und bei Rachitis.

Eckhardt.

Walther Usener. *Über Nabelschnurbruch.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVII, S. 181—189.)

Die häufigste Ursache für Nabelschnurbrüche bilden Persistenz des Ductus omphalomesentericus, abnorme Kürze der Nabelschnur, sodann abnorm hoher intraabdominaler Druck infolge von

Dorsalkonkavität der Wirbelsäule oder von intraabdominalen und Tumoren daneben schließlich eine echte Entwicklungshemmung. Verf. berichtet über 2 eigene Beobachtungen, wobei als Ursache des Nabelschnurbruches ein Meckelsches Divertikel respektive ein Enterokystom anzusehen war. Tendenz zu mangelhaften Bauchdeckenverschluß war als Ursache in beiden Fällen auszuschließen, denn beide Male war der Bruchring so eng, daß schon 24 Stunden nach der Geburt Symptome von Darmeinklemmung zu beobachten waren.

H. Vogt.

Braquehaye, Adda et **Bruch.** *Disjonction traumatique de la symphyse sacro-iliaque droite, chez une fillette de vingt et un mois. — Guérison.* (Arch. de méd. des enf., XVI, 5, p. 369.)

Thorspecken (Bremen).

Lesage et **Girault.** *Sarcome de l'ovaire chez le nourrisson.* (Arch. de méd. des enf., Bd. XVI, H. 3.)

Es ist der erste Fall von Ovarialsarkom im Säuglingsalter, der beschrieben ist. Der Tumor wurde bei dem 12monatigen Kinde als Nebenbefund festgestellt, Vorzeitige Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale, wie sie bei älteren Kindern beobachtet wurde, fehlte. Das Kind starb plötzlich, kurz vor der Operation. Der Tumor wog fast 1 Pfund. Thorspecken (Bremen).

Orthopädie.

Joachimsthal. *Über Abbotts Methode der Behandlung seitlicher Rückgratsverkrümmungen.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, I. S. 671.)

Eine neue Behandlungsmethode der Skoliose ist sicher, von den Orthopäden sofort geprüft zu werden, denn alle bisherigen Methoden sind, objektiv betrachtet, nichts weniger als erfolgreich. Eine neue Methode ist vor einem Jahre von Abbott (New York med. Journ., 27. April 1912, S. 833) angegeben worden, deren Neuheit darin besteht, daß bei Anlegung der redressierenden Gipsverbände die Korrektur der Wirbelsäulenabweichung in starker Beugestellung vorgenommen wird. Abbott sucht möglichst eine Überkorrektur zu erzielen und will den Thorax in der erzielten Stellung so lange fixieren, bis die Teile sich der neuen Stellung angepaßt haben. Des weiteren sucht Abbott durch besondere Lagerung der Patienten die Korrektur zu unterstützen. Joachimsthal beschreibt das Abbottsche Verfahren im einzelnen, kritisiert es und gibt seine eigenen Erfahrungen mit der Methode an. Er bestätigt Abbotts Erfolge durch die Erklärung, daß mit dem Verfahren bei einzelnen Formen seitlicher Rückgratsverkrümmungen, speziell bei rechts-

seitigen Total- oder vorwiegenden Dorsalskoliosen, in kurzer Zeit energische Umkrümmungen zu erzielen sind. Joachimsthal fügt allerdings hinzu: ob es möglich sein wird, die erzielten Resultate in vollem Umfange aufrecht zu erhalten, wird erst durch weitere Beobachtung festgestellt werden können. Keller (Berlin).

Mißbildungen.

Siegfried Peltesohn. *Über einen Fall von operativ behandelter angeborener Mißbildung der unteren Extremitäten.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, L, S. 731.)

Das Kind kam im Alter von $4^1/_4$ Jahren in Behandlung der orthopädischen Universitätskinderklinik in Berlin, nachdem es vorher $^1/_4$ Jahre im Krüppelheim zugebracht hatte. Es wurde bei in der Form normalem Oberschenkel Ankylosen-Bildung der Kniegelenke in Flexionsstellung, Defektbildung im Bereich der Unterschenkelknochen, Defektbildung und Syndaktilie an den Füßen und Klumpfußbildung der letzteren konstatiert. Die Art der Mißbildungen demonstriert Verf. an Photographien und Röntgenogrammen, bespricht die Ätiologie der Deformität und schildert die in dem Falle erfolgreich durchgeführte konservative Therapie: Die Unterschenkel wurden in die Verlängerung der Oberschenkel eingestellt, die Unterschenkelverbiegungen geradegerichtet und die Füße in plantigerader Richtung redressiert. Auf diese Weise gelang es, in kürzester Zeit das Kind zum aufrechten Gang zu bringen. Keller (Berlin).

Hygiene und soziale Medizin.

Baginsky. *Hygiene of city infants and babies.*

Derselbe. *Kinderkrankheiten während des Schullebens.* (2 Referate für den Kongreß für Hygiene und Demographie in Washington, 1911.) (Arch. f. Kinderheilk., Bd. LIX, H. 5/6.)

Das erste Referat bietet eine Übersicht über sämtliche staatlichen, kommunalen und privaten Maßnahmen zum Schutze der Gesundheit der Säuglinge und älteren Kinder.

Im 2. Referate betont Baginsky, daß als wirkliche „Schulkrankheiten" lediglich Übermüdungserscheinungen, Myopie und Skoliose anzusehen seien. Thorspecken (Bremen).

Berichte.

XVII. Internationaler medizinischer Kongreß in London.

Sektion für Kinderheilkunde.

Referent: **Prof. Artur Keller,** Berlin.

Donnerstag, den 7. August 1913, vormittags.

Eröffnungsansprache des Vorsitzenden **E. Smith** (London).

1. *„Über die operative Behandlung der chirurgischen Tuberkulose im Kindesalter."*

1. V. Ménard (Berck-sur-Mer). Die operative Chirurgie nimmt gegenwärtig einen ziemlich bescheidenen Platz in der Behandlung der Gelenks- und Drüsentuberkulose beim Kinde ein. Die Überlegenheit der konservativen Behandlung wird allgemein anerkannt. Das Interesse der Diskussion richtet sich nur auf die Details ihrer Anwendung und darauf, ob sie allein oder im Zusammenhang mit anderen therapeutischen Maßnahmen anzuwenden ist. Die konservative Behandlung geht von der einfachen Tatsache aus, daß die Gelenks- und Drüsentuberkulose beim Kinde spontan heilt. Diese Behandlung wird durch gewisse Bedingungen (Ruhestellung des affizierten Gelenkes, Freiluftbehandlung, Regelung der Ernährung usw.) begünstigt. Fast alle Kinder, die rechtzeitig und während einer genügend langen Periode behandelt sind, werden gesund. Diese Behandlung ist, wie die tägliche Beobachtung an Plätzen wie Berck-sur-Mer zeigt, von einer solchen Wirksamkeit, daß mit seltenen Ausnahmen die Tuberkulose der Wirbelsäule zum Stillstand kommt, daß die tuberkulöse Arthritis der großen Gelenke mit oder ohne Oberflächenulzeration, mit oder ohne Abszeß, aber jedenfalls ohne beträchtliche Komplikationen zu Ende geht. Die Dauer der Behandlung muß allerdings entsprechend lange durchgeführt werden, z. B. 2 bis 3 Jahre bei den großen Gelenken der oberen Extremität, 4 und 5 Jahre bei der Wirbelsäule und bei den großen Gelenken der unteren Extremität. Immer wieder werden neue Methoden angegeben, die angeblich geeignet sein sollen, die Dauer der Behandlung abzukürzen. Sie alle (ob es sich nun um Bier sche Stauung, ob es sich um Heliotherapie, ob es sich um Röntgenstrahlen oder ultraviolette oder um irgend welche Injektionen handelt) beeinflussen wohl das allgemeine Befinden und damit den Verlauf der Erkrankung, kürzen aber die gesamte Behandlungsdauer bis zur Heilung lokaler Tuberkulose nicht ab, mit einziger Ausnahme vielleicht der Radiotherapie bei Drüsentuberkulose. Unter der Voraussetzung, daß die konservative Behandlung unbedingt den Vorzug verdient, kommt die chirurgische Behandlung nur dann in Betracht, wenn die Behandlung überhaupt nicht rechtzeitig beginnt oder nicht lange genug fortgesetzt wird. Dies nach Möglichkeit zu verhindern, das ist die Aufgabe der Aufklärung unter den Ärzten und auch unter den Laien.

Nach dieser Einleitung, welche das Gebiet operativer Behandlung scharf umgrenzt, bespricht der Vortragende auf Grund eigenster Erfahrung an der Hand von guten Abbildungen die Formen der chirurgischen Tuberkulose beim Kind, die Indikationen für die operativen Eingriffe bei Gelenkstuberkulose, Knochentuberkulose (namentlich Hand und Fuß) und schließlich bei Drüsentuberkulose und erörtert die Methoden, welche sich ihm bewährt haben.'

2. Harold J. Stiles (Edinburgh). Seit der Entdeckung des Tuberkelbazillus durch Koch im Jahre 1884 ist eine beträchtliche Verminderung der Lungentuberkulose zu konstatieren, während das gleiche von der chirurgischen Tuberkulose keinesfalls gilt. In der

überwiegenden Mehrzahl der Fälle von chirurgischer Tuberkulose ist der bovine Bazillus die Ursache der Erkrankung; das ist die Anschauung des Vortragenden im Gegensatz zu den Anschauungen der englischen und deutschen Tuberkulosekommission und der meisten Forscher. Die Sektionsbefunde an Kinderhospitälern in Schottland weisen nach, daß bei 25% der Kinder mit Tuberkulose die Infektion auf dem Verdauungswege stattgefunden hat. Die Häufigkeit der Abdominaltuberkulose in Schottland ist den Chirurgen bekannt und wird fürs Kind bestätigt. Stiles berichtet ausführlich über die Untersuchungen seiner Assistenten Fraser und Mitchell, die am Royal Edinburgh Hospital for Sick Children ausgeführt wurden. Der erstere untersuchte 70 Fälle von chirurgischer Tuberkulose (39 Gelenks- und 31 Knochentuberkulose). Der bovine Bazillus wurde in 41 Fällen, der humane in 26 und in 3 Fällen beide Typen nachgewiesen. Von den 70 Fällen betrafen 41 Kinder unter 4 Jahren, bei diesen in 78% der Fälle boviner Bazillus; bei Kindern im ersten Lebensjahre stets der bovine Typus. Alle diese Kinder waren ausschließlich mit Kuhmilch ernährt, und zwar mit nicht sterilisierter. Bei den Fällen von humanem Typus war in 71% der Fälle Tuberkulose eines Familienmitgliedes nachweisbar.

A. F. Mitchell fand bei 72 Fällen von Zervikaldrüsentuberkulose in 65 Fällen, das heißt 90% den bovinen Bazillus. Unter den 72 Fällen waren 38 Kinder unter 5 Jahren. Nur in 3 Fällen von den 72 war Lungentuberkulose bei den Eltern nachweisbar und in allen diesen Fällen fand sich der humane Bazillus. In einzelnen Fällen konnte Mitchell den direkten Zusammenhang zwischen der Erkrankung des Kindes und der Eutertuberkulose des Milchtieres nachweisen, in den anderen wenigstens soviel, daß die Milch aus Bezirken stammte, in denen eine schlechte oder gar keine sanitäre Inspektion der Milchtiere stattfand. Übrigens fand Mitchell in einem sehr hohen Prozentsatz der Fälle den Sitz der primären Infektion bei Zervikaldrüsentuberkulose in den Tonsillen.

Wenn auch der Hauptteil des Vortrages dem Thema entsprechend sich mit den Indikationen und der Methodik der chirurgischen Behandlung auf Grund augenscheinlich sehr großer persönlicher Erfahrungen beschäftigt, geht aus dem ganzen Tenor der Vortrages, wie er auch direkt ausspricht, hervor, daß die chirurgische Behandlung in städtischen Hospitälern und Polikliniken nur ein Notbehelf ist, daß für die chirurgische Tuberkulose in erster Linie konservative Behandlung unter günstigen klimatischen und hygienischen Bedingungen den Vorzug verdient und daß als Behandlungsmethode die prophylaktischen Maßnahmen vorangestellt werden müssen.

Zu den oben erwähnten Tatsachen (Häufigkeit der alimentären Infektion, Häufigkeit der bovinen Bazillen bei chirurgischer Tuberkulose) kommt hinzu, daß tatsächlich die Tuberkulose der Milchkühe in Schottland sehr häufig ist, die Überwachung der Viehbestände, namentlich in ländlichen Bezirken, schlecht ist, und daß die Säuglinge überwiegend künstlich und zumeist mit nicht sterilisierter Milch ernährt werden. Wenn alles der Wirklichkeit entspricht, so hat der Vortragende mit seiner Forderung prophylaktischer Maßnahmen unbedingt recht und es wäre zu wünschen, daß die neueren Gesetze, nämlich die Tuberculosis order und die Milk and Dairies Bill, mit aller Energie zur Ausführung kommen, durch die zunächst einmal wenigstens Anzeigepflicht für Tuberkulose und eine regelmäßige tierärztliche Überwachung der Milchtiere vorgeschrieben wird.

Diskussion: C. von Pirquet (Wien) wundert sich über die enormen Prozentzahlen von boviner Tuberkulose, welche Dr. Mitchell gefunden hat. Sowohl die pathologischen als auch die bakteriologischen Befunde in Österreich und Deutschland sind vollkommen von den Angaben Stiles verschieden. Es ist auch auffällig, daß Dr. Mitchell in allen Fällen die Entscheidung zwischen hu-

manen und bovinen Bazillen ohne jede Schwierigkeit treffen konnte. Von Pirquet fragt deshalb an, in welcher Weise die Untersuchung ausgeführt wurde.

Tedeschi (Padua) fragt insbesondere, ob die Untersuchungen mit beiden Arten von Tuberkulin, bovinem und humanem, ausgeführt sind.

Andrieu (Berck-Plage) bittet Ménard die Indikationen für die Hüftgelenksresektion zu präzisieren und anzugeben, wie seine persönlichen Erfahrungen mit der im allgemeinen nicht mehr üblichen Resektion sind. Er fragt weiter, welche Rolle die Allgemeinbehandlung bei den guten Resultaten dieser Operation und bei der Heilung der Knochen- und Gelenkstuberkulose einnimmt.

Comby (Paris) bestätigt die Wichtigkeit der konservativen Behandlung der Knochen- und Gelenkstuberkulose. Diese letztere ist nur die äußere Lokalisation einer initialen internen Drüsentuberkulose. Zur vollkommenen Heilung gehört die Ausheilung des internen Herdes, welche Jahre erfordert.

Im Gegensatze zu Stiles ist Comby auf Grund klinischer Beobachtung der Überzeugung, daß die Kinder tuberkulös werden im Kontakte mit ihren phthisischen Familienmitgliedern und nicht durch den Genuß von Milch tuberkulöser Kühe. Für die alimentäre Infektion müßte eine außerordentlich bazillenreiche Nahrung aufgenommen werden, was selten ist. Andererseits wird die Gefahr durch die Gewohnheit, die Milch für Kinder zu kochen oder zu sterilisieren, beseitigt. Wie schwer die tuberkulöse Infektion auf dem Verdauungswege vor sich geht, beweisen Fütterungsversuche an Schweinen.

D'Oelsnitz (Nizza) betont die Bedeutung der Heliotherapie für die Behandlung der chirurgischen Tuberkulose beim Kinde, aber auch nur als Teil der Behandlung. Bei Sequester ergibt eine Komplikation von chirurgischer Behandlung und Heliotherapie die schnellsten Resultate.

Treplin (Sahlenburg bei Cuxhaven). In Deutschland bestehen nur zwei klinische Krankenhäuser an der See, die mit den vorbildlichen Anstalten in Berck-sur-Mer und in Margate sich vergleichen lassen, nämlich das Hamburgische Seehospital in Sahlenburg bei Cuxhaven und das von der Stadt Schöneberg auf der Insel Föhr erbaute Haus. Bei Behandlung an der See läßt sich ein viel weitgehender Konservatismus durchführen als in den städtischen Krankenhäusern. Licht und Sonne sind die wirksamsten Heilfaktoren und die Erfolge Rolliers lassen sich in fast gleicher Weise auch an der See erzielen. Fast bei allen Knochen- und Gelenkstuberkulosen ist das einzig erlaubte Instrument die Punktionsspritze. Man kann bei manchen Hüft- und Kniegelenkstuberkulösen, namentlich den abszedierenden, durch operative Eingriffe schneller zum Ziele kommen, aber Fistelbildung ist nicht völlig zu vermeiden. Durch Heliotherapie sind auch diese Fälle zu heilen, nur dauert es längere Zeit und das funktionelle Resultat ist dann schlechter. Unbedingt notwendig ist, beginnende Tuberkulose aus den städtischen Krankenhäusern heraus an die See oder ins Gebirge zu schicken, wie dies in Frankreich und England bereits lange geschieht.

Henry Koplik (New York). Die Häufigkeit der Tuberkulose, namentlich der Knochen-, Drüsen- und Zerebraltuberkulose bei Kindern schwankt in den verschiedenen Ländern zwischen 2 bis 10 bis 25%, ja bis zu so hohen Zahlen, wie sie Stiles angegeben hat und die durch die besonderen Verhältnisse in Schottland ihre Erklärung finden.

Nordheim (Hamburg). Kinder mit Knochen- und Gelenkstuberkulose gehören rechtzeitig, d. h. möglichst frühzeitig an die See. Dort konservative Behandlungsmethode. Chirurgische Behandlung nur bei rein chirurgischen Zwischenfällen und Komplikationen.

Donnerstag, den 7. August 1913, nachmittags.

3. **David Bridge Lees** (London): *„Diagnose der Lungentuberkulose"*.

Mit Rücksicht auf die Schwierigkeit der Diagnose beim Kinde und auf die Schwierigkeit der Ausführung und Interpretation der Radiographie weist der Vortragende darauf hin, daß nach Fowler die tuberkulöse Infektion der Lunge nicht an der äußersten Spitze der Lunge beginnt, sondern ungefähr 5 cm unter der Spitze und zwar breitet sie sich von da aus rückwärts einerseits und andererseits nach vorwärts und abwärts aus. Ein zweiter Ausgangspunkt befindet sich im äußeren Teile des Oberlappens auf derselben Höhe. Ein dritter Ausgangsherd kann etwa 5 cm unter der Spitze des Unterlappens jeder Seite gefunden werden in einer Region, welche dem inneren Ende der Spina scapulae jeder Seite entspricht. Alle diese 6 Herde, 2 in jedem Ober- und einer in jedem Unterlappen, lassen sich durch Perkussion nachweisen, vorausgesetzt, daß während der Untersuchung der Vorderseite des Thorax der Patient auf bequemem Lager mit lockerer Muskulatur liegt. Diese 6 Punkte sind für beginnende Tuberkulose charakteristisch. Im weiteren Verlauf des Vortrages demonstriert der Vortragende Röntgenbilder, die nichts besonderes Neues bringen.

4. **P. van Pee** (Verviers): *„Die ersten Zeichen der Lungentuberkulose beim Säugling"*.

Die beste Methode für die Lungenuntersuchung beim sehr jungen Säugling ist die Perkussion nach Goldscheider (Schwellenwertperkussion). Man kann mit ihrer Hilfe die ersten Stadien bakterieller und besonders tuberkulöser Infektionen nachweisen. Man beobachtet so, daß beide Lungen in ungleicher Weise auf diese Infektionen reagieren: die linke Lunge zeigt die ersten Symptome und kommt früher zu ihrem normalen Zustand zurück; die rechte Lungenspitze ist für tuberkulöse Infektion besonders disponiert. Die ungleiche Reaktion bei der Lunge erklärt sich durch eine größere Aktivität der Blut- und Lymphzirkulation auf der linken Seite, die einerseits durch die Nachbarschaft des Herzens, der großen arteriellen Gefäße und durch das geringere Volumen der linken Lunge bei gleichem Kaliber der beiden Pulmonalarterien bedingt wird.

Die Erkrankung der Tracheo-Bronchialdrüsen läßt sich frühzeitig durch Perkussion der ersten Dorsalwirbel und des Sternum nach derselben Methode nachweisen. Die Säuglingstuberkulose bietet eine weniger schwere Prognose als man im allgemeinen annimmt und eine chronische Entwicklung mit Rezidiven wie beim Erwachsenen.

5. **D. Oelsnitz** und **Ch. Paschetta** (Nizza): *„Radiologische Diagnostik der Thoraxaffektion beim Kind"*.

Bronchialerkrankungen geben nur ausnahmsweise erkennbare Schatten, ausgenommen die Bronchieektasien. Die Pneumonie gibt regelmäßig, wenn der Hepitisationsherd in der Spitze sitzt, einen dreieckigen dunklen, homogenen Schatten, wie er durch Weill beschrieben worden ist. Die Lungenkongestionen geben diffuse, flüchtige und wenig intensive Schatten. Das Bestehenbleiben des Schattens muß immer den Verdacht des tuberkulösen Ursprungs erwecken. Die lobäre Pneumonie gibt anfangs keinen erkennbaren Schatten, bei längerer Dauer und besonders bei pseudolobärer Form beobachtet man einen fleckigen Schatten.

Die Pleuritiden und der Pneumothorax geben dasselbe Bild wie beim Erwachsenen. Die interlobäre Entzündung gibt zuweilen einen diffusen und schlecht begrenzten Schatten. Die Lungentuberkulose in ihren akuten, pneumonischen und bronchopneumonischen

Formen gibt homogene oder fleckige Schatten ohne bestimmte Form, welche persistieren und fortschreiten. Bei den chronischen Formen läßt die Radiologie den Beginn der Läsionen an der Lungenbasis und zuweilen Herde erkennen, welche klinisch nicht nachweisbar sind. Die Thymushypertrophie verbreitet den oberen Mittelschatten unter der Form eines homogenen, dunklen, deutlich abgegrenzten Schattens, welcher in den Herzschatten übergeht.

Diskussion: C. P. Lapage (Manchester) betont die Wichtigkeit der Röntgenuntersuchung für die Frühdiagnose der Tuberkulose beim Kinde. Nach seinen Beobachtungen, im Gegensatze zu denen Lees, blieb die Lungenspitze in den Anfangsstadien frei und die Tuberkulose geht von den Lungenwurzeln aus. Spitzentuberkulose kommt erst in späteren Stadien zur Beobachtung.

Calvé (Berck-Plage) frägt an, auf welche Weise klinisch und radiologisch Thymushypertrophie und Tracheo-Bronchialdrüsenerkrankung zu unterscheiden ist.

Jaquerod (Leysin). Lungensyphilis gibt beim Kinde zuweilen Röntgenbilder, die von denen der Lungentuberkulose nicht zu unterscheiden sind. Aus der Tatsache, daß ein radiographischer Schatten, welcher einmal beobachtet ist, später verschwunden ist, darf man nicht schließen, daß die Läsion nicht tuberkulös war, denn die Narbe einer geheilten tuberkulösen Läsion hinterläßt fast keine Spur in der Radiographie. Man kann im Laufe von einigen Monaten Schatten verschwinden sehen, die durch Lungentuberkulose bedingt sind, während zu gleicher Zeit die klinischen Zeichen der Lungeninfektion und die Bazillen im Sputum verschwinden.

Jules Comby (Paris) hat bis zum 1. August 1913 unter 1675 Autopsien bei Kindern in den Pariser Hospitälern 638 Fälle von Tuberkulose gefunden, d. h. mehr als 38%. Die Frequenz verteilt sich nach dem Alter wie folgt:

	Kinder	Tuberkulöse	Prozente
0 bis 3 Monate	219	4	1·82
3 bis 6 Monate	231	42	18·18
6 bis 12 Monate	278	75	26·25
1 bis 2 Jahre	415	169	40·72
2 bis 5 Jahre	295	177	60·00
5 bis 10 Jahre	114	77	67·15
10 bis 15 Jahre	73	52	71·23

Lees (London) vertritt im Schlußworte nach wie vor die Meinung, daß bei inzipienter Lungentuberkulose exakte Perkussion sicherere Resultate gibt als die Radiologie.

D'Oelsnitz (Nizza) behauptet im Schlußworte, daß für einen geübten Untersucher im Röntgenbilde Thymushypertrophie und Tracheobronchialdrüsenerkrankung leicht unterscheidbar sind, dagegen versage die Radiologie bei der Differentialdiagnose von Lungensyphilis und Lungentuberkulose.

6. **Leonard Findlay** (Glasgow): *„Der Darmtraktus als Eintrittspforte des Tuberkelbazillus.*

Durch besondere Methodik sucht in seinen Experimenten der Vortragende zu erreichen, daß die Gelatinekapsel mit der in Öl suspendierten Bazillenkultur durch einen Wasserstrom direkt in den Magen hereingebracht wird. Die Versuche wurden an gesunden Kaninchen und an solchen, bei welchen durch Sennainfus ein intestinaler Katarrh hervorgerufen war, ausgeführt, und es wurden Bazillen von humanem und bovinem Typus verwendet. Bei 12 gesunden Kaninchen, bei denen bovine Bazillen eingeführt und die 4 bis 10 Tage später getötet wurden, konnten mit Tierexperiment in 2 Fällen lebende Bazillen in den Mesenterialdrüsen nachgewiesen werden. In einer anderen Serie von 5 Kaninchen, welche vorher Diarrhöe hatten und 6 bis 8 Tage nachher getötet wurden, wurden sie nur in einem Falle gefunden. In keinem Falle waren Bazillen in den Lungen nachweisbar. Bei gesunden Kaninchen, die mit lebenden bovinen Bazillen gefüttert wurden, wurden in allen Fällen tuberkulöse Läsionen gefunden, falls die Tiere mindestens 50 Tage überlebten. Stets waren Appendix und Drüsen an der Ileo-Caecalklappe affiziert, häufig die Mesenterialdrüsen, die Lunge nur dann, wenn die Versuche länger als 70 Tage dauerten. Bei Kaninchen, welche vorher eine Enteritis durchgemacht hatten, traten ähnliche tuberkulöse Läsionen schon nach 19 Tagen auf und in allen Fällen nach 30 Tagen Überlebens. In diesen Fällen waren die Läsionen mehr ausgebreitet und häufiger generalisiert.

Gesunde Kaninchen, die mit tuberkulösem Sputum und Emulsionen von humanen Bazillen gefüttert wurden, zeigten auch nach längerer Dauer keine Tuberkulose. Von 19 Tieren wurden in einem Falle in den Mesenterialdrüsen Tuberkelbazillen gefunden, während von 5 vorher diarrhöischen Kaninchen 4, welche 37 bis 63 Tage nachher getötet wurden, tuberkulöse Infektionen aufwiesen.

Schlußfolgerungen:

1. Gesunde Kaninchen können durch Fütterung mit großen Mengen von bovinen Tuberkelbazillen infiziert werden.
2. Die Bazillen können durch die anscheinend gesunde Darmschleimhaut durchtreten und die Mesenterialdrüsen in einem Zeitraume von 6 Tagen erreichen; dies ist jedoch selten.
3. Tritt eine Infektion ein, so ist stets der Darm Sitz der Läsion und die Tuberkulose eines anderen Organs ist stets sekundär.
4. Darmkatarrh begünstigt den Durchtritt des Tuberkelbazillus durch die Darmwand, aber er ermöglicht eine konstantere, frühere und ausgebreitetere Infektion des Darmes.
5. Gesunde Kaninchen können durch Fütterung mit großen Mengen humaner Bazillen offenbar nicht infiziert werden.
6. Bei Kaninchen, welche kurz vorher einen intestinalen Katarrh durchgemacht haben, entwickelt sich nach Fütterung mit Tuberkelbazillen regelmäßig eine Tuberkulose.
7. Beim humanen Typus kann die lokale Läsion leicht sein im Vergleiche zu den Herden in den Mesenterialdrüsen.
8. Zur Verhütung der bovinen Infektion beim Kinde ist in erster Linie Vermeidung der Darmkatarrhe notwendig.

7. **N. Krasnogorski** (St. Petersburg): *„Über die Grundmechanismen der Arbeit der Großhirnrinde bei Kindern".*

1. Die Arbeit der Großhirnhemisphären des Kindes beruht auf folgenden 5 kortikalen Grundmechanismen:

I. Der Mechanismus des zeitlichen Zusammenhangs:
   a) der Mechanismus des bedingten Reflexes;
   b) der Mechanismus des spezifischen, bedingten Spurreflexes;
   c) der Mechanismus des Sprachreflexes.

II. Der Mechanismus der Analysatoren.
III. Der Mechanismus der Hemmung.
IV. Der Mechanismus der Enthemmung.
V. Der Mechanismus des positiven und negativen Ladens und Entladens.

2. Die zeitlichen Zusammenhänge zeigen bei Kindern denselben Entstehungsmechanismus wie bei den Tieren, aber unterscheiden sich durch außerordentliche Schnelligkeit der Bildung, hohe Stabilität und leichteres Erlöschen. Der Mechanismus des zeitlichen Zusammenhangs entwickelt sich bei normalen Kindern in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres, aber seine Bildung geht langsamer als in späterem Lebensalter vor sich. Die funktionelle Vollkommenheit erreicht der Mechanismus des zeitlichen Zusammenhangs im Laufe des zweiten Lebensjahres. Bei verschiedenen Ernährungsstörungen, alimentären Toxikosen, Fieberzuständen, bei Idiotie, Epilepsie, Imbezillität ist die bedingt reflektorische Tätigkeit stark herabgesetzt. Die Prüfung der bedingten motorischen Reflexe ist die einzige objektive Methode für die Diagnose der Ausfallserscheinungen bei Kindern in den ersten 3 Jahren.

3. Die Funktion des Mechanismus des Spurreflexes ist beim Kinde viel vollkommener als bei Tieren. Die hohe Spezifität der Spurreflexe, die Schnelligkeit der Bildung, ihre Dauer und ihr regelmäßiges und allmähliches Erlöschen sind die charakteristischen Merkmale, welche Reflexe dieser Gruppe beim Menschen von denen der Tiere unterscheiden, und die Arbeit der Großhirnrinde beim Menschen außerordentlich vervollkommnen und verfeinern. Die Entwicklung des Mechanismus der gewöhnlichen bedingten Reflexe im Laufe des zweiten Lebensjahres. Bei manchen neuropathischen Kindern (übererregbarer Typus) ist die Spezifität des Spurreflexes oft herabgesetzt.

4. Die Analyse der äußeren Reize durch die Analysatoren zeigt bei Kindern und Tieren weitgehende Unterschiede. So differenzieren die Gehörs- und Geruchsanalysatoren bei Kindern Töne und Gerüche viel schwächer als beim Hunde, dagegen ist die Funktion der Haut- und Gesichtsanalysatoren beim Kinde viel präziser als beim Hunde. Im ersten Lebensjahre sind die Haut-, Gesichts-, Gehörs- und Geschmacksanalysatoren bei Kindern soweit entwickelt, daß genaue Differenzierungen, wenn auch langsam, doch schon gebildet werden können. Bei Idioten, Imbezillen, bei manchen neuropathischen und rachitischen Kindern, bei Myxödem, Epilepsie, besonders nach den Krämpfen ist das Analysierungsvermögen der Analysatoren stark herabgesetzt. Die hysterischen Lähmungen sowie kataleptischen Zustände sind durch Aufhebung gerade der analysatorischen Tätigkeit des Bewegungsanalysators bedingt.

5. Im Zentralnervensystem des Kindes finden alle Arten von Hemmungen statt, aber der Hemmungsmechanismus erreicht beim Menschen seine höchste Entwicklung und Komplizierung. Die bedingten Hemmungen sowie die mannigfaltigsten Differentiationen bilden sich bei Kindern viel schneller als bei Tieren. Im pathologischen Nervensystem (bei Idiotie, Imbezillität, Neuropathie usw.) ist die Bildung von bedingten Hemmungen stark herabgesetzt, die bedingten Hemmungen zeigen labilen Charakter und neigen zum raschen Verschwinden.

6. Der Mechanismus des positiven und negativen Ladens und Entladens ist der komplizierteste und vollkommenste aller genannten kortikalen Mechanismen. Dieser Mechanismus entwickelt sich beim Kind relativ spät, im Laufe des 3. Lebensjahres und zeigt gegen pathologische Prozesse die größte Sensibilität. Er ist schwer gestört bei manchen neuropathischen Kindern, die danach sogar klassifiziert werden können.

7. Mit Hilfe der motorischen bedingten Reflexe kann man nicht nur die ganze Entwicklung und allmähliche Komplizierung der kortikalen Tätigkeit des Kindes von den ersten Lebenswochen an verfolgen, sondern auch schon in den ersten Lebensmonaten die Eigentümlichkeiten und Defekte der Funktionen des Großhirns beim Kinde nachweisen und damit die entsprechende Therapie frühzeitig anfangen.

Sonnabend, den 9. August 1913, vormittags.

8. **Hastings Gilford** (Reading): *„Der Einfluß der Drüsen mit innerer Sekretion auf die Entwicklung"*.

Ohne eigene Untersuchungen oder Neues zu bringen, berichtet der Vortragende über die Erkrankungen der Drüsen mit innerer Sekretion und über die Schlußfolgerungen, welche von der Pathologie auf die normalen Drüsenfunktionen gezogen werden können.

9. **D'Oelsnitz** (Nizza): *„Chronische Insuffizienz der Nebennieren beim Kinde"*.

Neben Fällen, in denen die Insuffizienz der Nebennieren der klinischen Beobachtung kaum entgeht, gibt es Formes frustes, in denen die ätiologische Bedeutung der Nebennieren sich nur aus der Wirkung der Opotherapie erschließen läßt. Die Symptomatologie dieser chronischen Erkrankungen beschreibt der Vortragende in folgender Weise: Bei ganz jungen Kindern tritt eine Entwicklungsverzögerung auf: Stillstand des Gewichtes und des Längenwachstums. Verlangsamung des Ganges, Blässe der Hautdecken, Schlaffheit der Muskulatur, Apathie und zuweilen Somnolenz. Nebennierenbehandlung oder Verordnung von Adrenalin führt mehr oder weniger schnell zu einem Verschwinden dieser verschiedenen Symptome. Bei älteren Kindern, besonders bei Knaben vor der Pubertät, findet man entweder spontan oder nach einer akuten Krankheit einen Zustand, der sich durch Apathie, leichte Ermüdbarkeit, Unfähigkeit zu geistigen und körperlichen Anstrengungen, Wachstumsstillstand charakterisiert. Auch in diesen Fällen evidenter Erfolg der Opotherapie.

Diskussion: Swale Vincent (Winnipeg, Kanada) weist auf seine früheren, zum Teil mit Prof. Jolly vorgenommenen Untersuchungen hin. Schilddrüsenexstirpation kann bei jungen Kindern vorübergehende Wachstumshemmung verursachen ohne Symptome von Kretinismus. Schilddrüsenexstirpation ruft niemals Symptome von Myxödem hervor.

Guthrie (London). In 2 Fällen von typischem Kretinismus mit frühzeitiger Sexualentwicklung verschwanden die Symptome beider Anomalien nach Schilddrüsenbehandlung.

Henry Koplik (New York) weist auf Darmstörungen beim Kinde, welche wahrscheinlich in Zusammenhang mit Funktionsstörungen der Drüsen mit innerer Sekretion stehen, und auf den Herterschen Infantilismus hin.

10. **Louis Fischer** (New York): *„Intravenöse Injektion von Neosalvarsan bei Scharlach."* (Vortrag erscheint in der Monatsschrift für Kinderheilkunde, Originalien.)

Im Gegensatze zu anderen Beobachtern ergeben eigene Untersuchungen, daß bei Scharlach selten die Wassermannsche Reaktion positiv ausfällt. Die mit Neosalvarsan behandelten Fälle waren sämtlich septisch mit letaler Prognose. Die Injektionen wurden intravenös ausgeführt, und zwar, da die Technik bei der Vena mediana basilica nicht leicht ist, zumeist in die Vena jugularis. Bei Kindern unter 2 Jahren wurden 0·06 bis 0·1 Neosalvarsan in 20 cm^3 sterilem Wasser einmal injiziert und dieselbe Dosis nach 24 Stunden wiederholt, falls keine Besserung beobachtet wurde. In einigen Fällen wurden

48 Stunden abgewartet bis zur zweiten Injektion. Trat gar keine Besserung ein, so wurde eine dritte Injektion ausgeführt.

Bei einem 9 Jahre alten Knaben mit septischer Scharlachgangrän des rechten Fußes trat nach Injektion von 0·2 Neosalvarsan eine auffallende Besserung ein, in einem andern Falle von schwerem Scharlach mit Noma am weichen Gaumen, an der Wange und am Pharynx (5jähriger Knabe) trat nach intravenöser Injektion von 0·3 Neosalvarsan eine Besserung nach 72 Stunden mit langsamer Entfieberung ein, während ein zweiter Fall von septischem Scharlach mit Noma trotz einer Injektion von 0·2 Neosalvarsan zugrunde ging. Bei einem jungen Mann mit phlegmonöser Eiterung unter der Faszie der Armmuskulatur und an der unteren Extremität und schwerstem septischen Allgemeinzustand bessert sich nach einmaliger Injektion von 0·3 Neosalvarsan der bis dahin hoffnungslose Zustand langsam, so daß nach 3 bis 4 Wochen der Patient gesund entlassen werden konnte. Auffallend war die antipyretische Wirkung des Neosalvarsans in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle.

Ohne die Wirkung des Neosalvarsans überschätzen zu wollen, empfiehlt der Vortragende Neosalvarsan insbesondere bei Noma und gangränösen Zuständen.

11. **Arnold Netter** (Paris): *„Untersuchungen über die vakzinale Allergie der exanthematischen Erkrankungen"*. (Vortrag erscheint in der Monatschr. f. Kinderheilk.)

Bei Masern besteht eine Anergie gegenüber der Vakzine ebenso wie gegenüber dem Tuberkulin. Die Vakzinalanergie ist am Vorabend der Eruption und an den beiden ersten Tagen die Regel, am vierten Tage wird die Reaktion positiv. Die Anergie bei Masern besteht nicht nur gegenüber dem Tuberkulin und den Vakzinen, sondern auch gegenüber dem Antidiphtherieserum. Sie ist in Parallele zu stellen mit dem vorübergehenden Verschwinden der Wassermannschen Reaktion. Damit in Zusammenhang dürfte die Empfänglichkeit der Masernkinder für Tuberkulose, Diphtherie, nekrotische Erkrankungen und die Notwendigkeit der Anwendung großer Dosen von Diphtherieserum bei diesen Kindern stehen. Bei Scharlach war die vakzinale Reaktion am ersten Tage in 64%, am zweiten in 88, am dritten in 100% der Fälle positiv. In 19 Fällen von Röteln war die vakzinale Allergie positiv in 18 Fällen. In 6 Fällen von Varizellen wurde 5mal die Entwicklung einer Papel an der Stelle der Insertion des vakzinalen Virus konstatiert, dagegen gab es bei Impfung mit Varizellenvirus 3mal bei 6 Fällen keine Reaktion.

Montag, den 11. August 1913, vormittags.

12. **John Thomson** (Edinburgh): *„Infektion der Harnwege mit Kolibazillen beim Kind"*. (Vortrag erscheint in der Monatschr. f. Kinderheilk.)

Die Häufigkeit der Erkrankung bei Mädchen und die Schwere der Erkrankung im jüngsten Kindesalter ist bekannt. Vortragender bespricht ausführlich die klinischen Symptome und die Diagnose. Für die Behandlung kommen 3 Methoden in Betracht:

1. Die Alkalisierung des Urins.
2. Die Anwendung antiseptischer Mittel.
3. Die Anwendung von Serum und Vakzine.

Die Alkalisierung des Urins ist die beste Form der Behandlung bei akuter Zystitis und Pyelitis. Worauf die Wirkung dieser Medikation beruht, ist nicht sicher bewiesen. Thomson nimmt als wahrscheinlich an, daß die alkalische Reaktion den Charakter und die Funktionen der Bazillen ändert. In der Regel reichen 4 g Natriumzitrat pro Tag aus, manchmal müssen 8 g oder mehr angewendet werden; die Reaktions-

änderung tritt nach 24 Stunden, gewöhnlich nach 4 oder 5 Tagen ein. Der Behandlungserfolg gibt sich am deutlichsten an der Temperaturkurve zu erkennen, deren Verlauf mit den klinischen Symptomen parallel geht. Während der Zitratbehandlung kommen in 75% der Fälle Rezidive vor, die bei stetiger Darreichung von Zitrat unbedingt verschwinden. Der Erfolg der Behandlung und der Schutz der Nieren ist stets davon abhängig, daß das Natriumzitrat ausreicht, um Alkaleszenz des Urins hervorzurufen. Sind die Nieren bereits ernsthaft angegriffen, so nützt weder diese Behandlung noch eine andere. Bei chronischen fieberlosen Fällen von Kolibazilleninfektion bei älteren Kindern ist die Alkalisierung nicht nur nicht nützlich, sondern direkt schädlich. Darmantiseptika allein sind in der Regel ohne Wirkung, unterstützen aber, besonders in späteren Stadien die Zitratbehandlung. Harnantiseptika, wie Urotropin, sind in den meisten Fällen wirkungslos und haben nur gelegentlich, besonders in milden Fällen, bei älteren Kindern Erfolg. Urotropin kommt in Betracht, wenn die akuten Symptome durch die Zitratbehandlung beseitigt sind. Mit Vakzinebehandlung hat Vortragender in akuten Fällen, besonders bei älteren Kindern, gelegentlich sehr gute Erfolge erreicht. Es scheinen dieselben Verhältnisse zu sein, bei denen die Zitratbehandlung wirkt. In chronischen Fällen ist die Vakzinebehandlung ohne Erfolg.

13. **Gorter** (Leyden): *„Die Vakzinetherapie der Kolibazilleninfektion des Harntraktus"*.

Die Erfahrungen des Vortragenden über die Vakzinationsbehandlung der Pyelitis im Kindesalter beschränken sich auf 10 Fälle. Diese waren sämtlich ausgezeichnet durch ihren chronischen Verlauf oder durch die Frequenz der Rezidive. In einigen Fällen wurde mit der Vakzinationsbehandlung kurze Zeit nach Einsetzen der ersten Symptome angefangen; die meisten Patienten waren jedoch schon früher mit verschiedenen anderen Methoden ohne Erfolg behandelt worden. Der Urin enthielt immer viel Leukozyten und Mikroben, welche zur Gruppe des Kolibazillus gehörten; die Reaktion des Harnes war immer sauer.

Die auf gewöhnlichem Agar gezüchteten Mikroben boten mehr oder weniger typische Merkmale des Bacterium coli commune auf. Die atypischen Exemplare waren dadurch gekennzeichnet, daß sie kein Indol in Peptonwasser zu bilden vermochten oder dadurch, daß sie unfähig waren, Laktose oder auch Saccharose zu zerlegen. Das Vakzin wurde in der gewöhnlichen Weise hergestellt. Aus steril aufgefangenem Katheterurin wurde der Bazillus rein gezüchtet, in Kochsalzlösung aufgeschwemmt und durch Erwärmen auf 62° C getötet. Die Anzahl der Bakterien pro Kubikzentimeter wurde in der von Weight angegebenen Weise bestimmt. Die Quantität der eingespritzten Bakterien wechselte von 10 bis 70 Millionen.

Die auf diese Weise erhaltenen Resultate in den vom Vortragenden untersuchten 10 Fällen waren folgende: Ein einziger Patient ist gestorben, ehe die Pyelitis geheilt war; die Todesursache war eine Bronchopneumonie. Bei zwei anderen Patienten war die Behandlung ohne jeden Erfolg; es ist wahrscheinlich, daß dies in einem Falle von einer Stenose des rechten Uterus, welche durch die Zystoskopie aufgefunden wurde, verursacht worden ist. In zwei weiteren Fällen wurde keine völlige Heilung, sondern nur eine Besserung konstatiert. Die übrigen 13 Fälle wurden alle geheilt und hatten seitdem keine Rezidive gezeigt.

Diskussion zu Referat und Vortrag:

Waller (London). Die Fälle können erst dann als geheilt angesehen werden, wenn in einer Periode von mehreren Wochen das Fehlen von Bazillen im Urin mit Sicherheit festgestellt ist.

C. G. Kerley (New York) stimmt Thomson bezüglich der Anwendung großer Dosen von Natriumzitrat zu, empfiehlt aber außerdem große Mengen von Wasser. Nach einer Attacke sollte der Urin mehrere Monate hindurch wöchentlich einmal untersucht werden.

W. W. Butterworth (New Orleans) empfiehlt abwechselnde Behandlung mit Natriumzitrat (48 Stunden) und Urotropin (48 Stunden). Die Wirkung der Behandlung beruht auf dem Wechsel der Reaktion.

C. P. Lapage (Manchester). Trotz Zitratbehandlung wird ein Teil der Fälle chronisch und dann erweist sich Vakzinebehandlung als erfolgreich. Lapage fragt an, ob ein Zusammenhang zwischen der Sommerdiarrhöe und der Pyelitis besteht.

J. P. Sedgwick (Minneapolis). Tierversuche, um Zystitis durch Einbringung von Fäzes in die Urethra hervorzurufen, waren ohne Erfolg.

John Thomson (Edinburgh). Schlußwort. Die meisten seiner Fälle sind jahrelang nachher in Beobachtung und nach der Zitratbehandlung frei von Rezidiven geblieben. Bei Mißerfolg der Zitratbehandlung verwendet er Salol oder Urotropin abwechselnd mit Zitrat. Eine Häufung der Pyelitisfälle im Sommer wurde nicht beobachtet.

Montag, den 11. August 1913, nachmittags.

14. **G. Variot** und **P. Lavialle** (Paris): *„Erfolge des Zuckerreichtums (Hypersucrage) der Milch in der Behandlung der infantilen Dyspepsie mit Erbrechen".*

Bei Gelegenheit von Ernährungsversuchen mit kondensierter Milch, die im Gegensatz zu anderen angeblich ein sehr gutes Resultat ergaben, wurde die Beobachtung gemacht, daß diese Nahrung fast konstant einen außerordentlich günstigen Einfluß auf das Erbrechen hat. Dieser Beobachtung gingen die Vortragenden in weiteren Versuchen nach, um festzustellen, worauf diese Wirkung beruht; sie kamen zu folgendem Ergebnis: Der Zuckerzusatz mit nachfolgender Eingung der Gesamtmenge auf 50% oder der Zuckerzusatz in Begleitung von Homogenisierung und Überhitzung bewahren der Milch ihre alimentären Qualitäten und verleihen ihr neue Eigenschaften, welche sie zu einem wahren Medikament bei Dyspepsie mit Erbrechen machen. Das letztere verschwindet brüsk beim Gebrauch von gezuckerter kondensierter Milch. Diese therapeutische Eigenschaft ist nicht eine Folge der Kondensierung, denn man findet sie nicht bei nicht gezuckerter kondensierter Milch.

Zu den Versuchen verwendet wurde eine kondensierte gezuckerte Milch, die in der Weise gewonnen wurde, daß Milch, der 12% Zucker zugesetzt wurde, zu mäßiger Konsistenz eingedampft wurde. Diese kondensierte Milch wurde mit 4 Teilen kochenden Wassers verdünnt. Das Gemisch enthielt nach der chemischen Analyse 2·7% Fett, ungefähr 2% Kasein, 2·9% Laktose und 10% Saccharose.

15. **P. Lavialle** (Paris): *„Brownsche Molekularbewegung in homogenisierter Milch".*

1827 hat Brown in gewissen Flüssigkeiten zitternde Bewegung kleinster fester Partikelchen nachgewiesen. Vortragender konnte diese sogenannte Brownsche Molekularbewegung in gewöhnlicher Kuhmilch in geringem Maße, dagegen in homogenisierter Milch in außerordentlich hohem Grade konstatieren und leitet daraus einen weiteren Vorzug der homogenisierten Milch her. Die homogenisierte Milch bietet an und für sich der Einwirkung der Verdauungssäfte eine größere Angriffsfläche. Dazu kommt nun, daß diese Wirkung, durch die starke Bewegung der Fetttröpfchen, welche nicht nur die Pylorispunkte mit dem umgebenden Milieu ständig verändert, sondern auch Strömungen in der Flüssigkeit hervorruft, welche den Reaktionen günstig sind, gesteigert wird.

16. **J. C. M. Walter** (Dublin): *„Bescheinigung der Todesfälle und Säuglingsmortalität"*.

In Großbritannien, besonders in Irland, bestehen in der Todesbescheinigung wie in der Geburtenanmeldung noch größere Mißstände als in anderen Ländern. Die Angabe der Todesursache ist vollkommen ungenügend. Es fehlen Angaben über die Art der Ernährung im ersten Lebensjahre. Der Totenschein braucht nicht in jedem Falle von einem Arzt ausgestellt zu werden. Mit den Totenscheinen wird wegen der Versicherung für Todesfälle bei Säuglingen, die in Deutschland und Frankreich längst verboten ist, grober Unfug getrieben. Vortragender fordert zur Besserung der Verhältnisse insbesondere:

1. Anmeldung der Geburten innerhalb 36 Stunden.

2. Anmeldung der Todesfälle innerhalb 3 Tagen.

3. Nachforschung, Untersuchung und Autopsie, falls das Kind in den letzten 14 Tagen vor dem Tode nicht ärztlich behandelt worden ist.

4. Der Totenschein soll Angaben über die Ernährung enthalten sowie darüber, wie viele Kinder in derselben Familie leben, wie viele bereits gestorben sind.

17. **Jules Comby** (Paris): *„Akute Enzephalitis beim Kind"*.

Die akute, nicht eitrige Enzephalitis ist bei Kindern häufiger als man glaubt. Sie tritt als Folge verschiedener Infektionen auf: Influenza, exanthematische Erkrankungen, Keuchhusten, Typhus, Enteritis usw. Sie ergreift Kinder jeden Alters bis 8 Jahren und tritt zuweilen intrauterin auf. Sie wird oft mit Meningitis verwechselt, weil sie mit Konvulsionen und einem komatösen Zustand beginnt, welcher mehr oder weniger lange dauert. Dieser brutalen Invasion folgen motorische oder psychische Störungen: Hemiplegie mit Kontraktur, Hemichorea, Athetose (infantile, spastische Hemiplegie ist fast immer Folge einer akuten Enzephalitis, welche zu einer zerebralen Sklerose geführt hat), Idiotie, Imbezillität, Zurückbleiben der geistigen Entwicklung. Zuweilen heilt die akute Enzephalitis ohne jede Folgeerscheinung. Die Heilung kann jedoch auch nur scheinbar sein, denn früher oder später zeigen epileptische Anfälle das Bestehen einer zerebralen Läsion an. Die infantile Epilepsie ist tatsächlich fast stets Folge einer akuten Enzephalitis, selbst wenn diese leicht und gutartig gewesen ist. Sie ist nicht eine hereditäre, familiäre Erkrankung, sondern ist eine akquirierte, akzidentelle Affektion, welche nicht von den Eltern kommt und nicht auf die Kinder übertragen wird. Ebensowenig ist die akquirierte Idiotie eine familiäre Erkrankung.

Für die Diagnose spielt die Lumbalpunktion eine besondere Rolle, welche eine klare, mikrobenfreie Flüssigkeit ergibt. Die Diagnose ist intra vitam durch Lumbalpunktion mit Sicherheit zu stellen. Da die Kinder mit oder ohne Folgeerscheinungen die Krankheit überleben, sind Sektionsbefunde selten. In den seltenen Fällen, in denen eine Sektion vorgenommen ist, findet man lokalisierte oder diffuse Kongestionen der Hirnwindungen, Thrombose der kleinen Gefäße, perivaskuläre, zellige Infiltration, Chromatolyse der großen Zellen, Verschwinden ihrer Fortsätze usw. Diese Läsionen führen nicht zur Eiterung, sie können heilen oder sich in zerebrale Sklerose umwandeln.

Die Behandlung ist dieselbe wie bei Meningitis: Eisblase auf den Kopf oder Nacken, Abführmittel oder Lavement, antispastische Medikamente, Bromnatrium; Ernährung per os, durch die Magensonde, per rectum.

Diskussion: Gossage (London). In einzelnen Fällen treten zerebellare Symptome mehr in den Vordergrund als die zere-

bralen. Ein Knabe von 5 Jahren wurde nach einer Fieberattacke ins Hospital gebracht, außerstande im Bett zu sitzen und ohne Fähigkeit zu sprechen. Im Beginn choreiforme Bewegungen; nachdem bei Bettruhe eine Besserung eingetreten war und der Patient zu gehen begann, zeigte sich sein Gang ataktisch.

E. Gorter (Leyden) frägt an, ob akute Enzephalitis während einer Poliomyelitisepidemie besonders häufig zur Beobachtung kommt.

Comby (Paris), Schlußwort, hat eine Koindizenz zwischen beiden Erkrankungen nicht beobachtet. Tatsächlich kann aber jede Infektionskrankheit beim Kinde eine akute Enzephalitis nach sich ziehen.

Unter den Symptomen akuter Enzephalitis verdient besondere Beachtung die zerebrale Exzitation, die unaufhörliche Agitation, welche zuweilen als einziges Symptom besteht und die häufig erstaunlichen Gedächtnisstörungen.

18. **Milne** (Aberdeen): *„Über Scharlachfieber"*.

Vortragender berichtet über seine, auch bei uns in Deutschland bekannte Art der Scharlachbehandlung und Scharlachprophylaxe, mit der er ausgezeichnete Erfolge zu haben angibt.

In der Diskussion werden diese Erfolge von Louis Fischer (New York) bestritten.

Dienstag, den 12. August 1913, vormittags.

19. **Frederick E. Batten** (London): *„Polioenzephalitis und Poliomyelitis"*.

Batten berichtet ausführlich über die neueren experimentellen Untersuchungen von Landsteiner, Levaditi, Flexner, Lewis, Leiner, v. Wiesner und Roemer, sowie über die Resultate der Arbeiten von Kling, Pettersson und Wernstedt. Er schildert die klinischen Symptome und die pathologischen Befunde, wie sie beim Menschen und beim Affen gefunden werden. Die Tatsache, daß das Poliomyelitisvirus eine langsam progressive Muskelschwäche auslöst, legt die Frage nahe, ob nicht manchmal genau gleiche Symptome beim Menschen vorkommen und eine toxische Polyneuritis zuweilen die Folge einer Infektion mit Poliomyelitisvirus sein kann. Einzelne Krankheitsfälle aus der eigenen Beobachtung sprechen für diese Möglichkeit, ohne daß der strikte Beweis dafür zu erbringen ist.

Zum Schluß demonstriert der Vortragende an der Hand von Karten die Ausbreitung der Poliomyelitis in London und England.

20. **Arnold Netter** (Paris): *„Die meningitische Form der Poliomyelitis"*. (Vortrag erscheint in der Monatschr. f. Kinderheilk.)

Wickmann hat Fälle beschrieben, in welchen die Initialsymptome ganz und gar an die der Zerebrospinalmeningitis, der einfachen Meningitiden oder selbst der tuberkulösen Meningitis erinnern. In den Anfangsstadien dieser Formen gibt auch die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit zuweilen zu Fehlschlüssen Veranlassung. Die meningitische Form der Poliomyelitis ist nach Beobachtungen von Netter in Frankreich ganz besonders häufig. Nach seinen Beobachtungen besteht eine große Übereinstimmung mit den klinischen Erscheinungen zwischen Zerebrospinalmeningitis und Poliomyelitis. Es kommt dazu, daß beide fast zu gleicher Zeit in denselben Ländern in epidemischer Form auftreten. Es läßt daran denken, daß dieselben kosmischen Einflüsse in demselben Sinne auf die Vitalität und die Ausbreitungsfähigkeit der Erreger beider Krankheiten wirken.

Diskussion: Gossage (London). Das Vorkommen von Polyneuritis in Fällen von Poliomyelitis ist des öfteren beobachtet worden. Es ist aber ein strikter Beweis für den ursächlichen Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen bisher nicht erbracht. Es gibt nur ein entscheidendes Zeichen für die Beteiligung der Nerven, das ist das Vorhandensein von Anästhesie und dieses Symptom ist von außerordentlicher Seltenheit.

Guthrie (London) spricht über die polyneuritische Form der Erkrankung, deren Existenz zwar experimentell nicht bewiesen, aber klinisch sehr wahrscheinlich ist.

Kerley (New York) hat in der New Yorker Epidemie Fälle beobachtet so schwer, daß das Kind in wenigen Stunden zugrunde ging, und so milde, daß eine bleibende Paralyse ausblieb.

Louis Fischer (New York) weist auf Erbrechen als Initialsymptom hin und erwähnt Fälle aus seiner Beobachtung.

Thomas Barlow (London). Die Differentialdiagnose zwischen Meningitis und Poliomyelitis ist häufig sehr schwer. Die Nackenstarre ist bei Poliomyelitis im allgemeinen temporär und oft begleitet von Schmerzen im Rücken. Bei der meningitischen Form der Poliomyelitis bleibt in der Regel eine Spur von Lähmung zurück, welche sich in typischer Weise einzelne Muskelgruppen aussucht; während in den Spätstadien der Zerebrospinalmeningitis, wenn überhaupt eine Parese zurückbleibt, diese eher spastischer Natur ist, wie sie niemals bei Poliomyelitis vorkommt.

Bezüglich der neuritischen Form hat Barlow Fälle beobachtet, die die Meinung stark unterstützen, daß gleichzeitig mit der spinalen Affektion eine Beteiligung der Nerven einhergeht.

Was die Therapie anbetrifft, so empfiehlt Barlow absolute Bettruhe für das Frühstadium, später, wenn die Schmerzen verschwunden sind, leichte Massage und dann erst nach längerer Zeit Widerstandsbewegungen.

Pechère (Brüssel) weist auf die Schwierigkeit, häufig Unmöglichkeit der Differentialdiagnose zwischen Poliomyelitis und Polyneuritis an der Hand einer eigenen Beobachtung hin. In Belgien wird außer der von Barlow genannten Behandlungsmethode zweimal täglich die Nase und der Schlund irrigiert.

Netter (Paris). Schlußwort. Für die Differentialdiagnose zwischen Poliomyelitis und Meningitis ist die Untersuchung der Lumbalflüssigkeit das wichtigste Hilfsmittel. Sehr häufig ist eine Wiederholung der Untersuchung erforderlich.

Eine Behandlung mit dem Serum von Patienten, welche früher eine Poliomyelitis durchgemacht haben, ist schwer anwendbar.

21. **Siegfried Weiß** (Wien): *„Ein neues Symptom bei Morbus Barlow"*.

Vortragender bringt anknüpfend an den im Jahre 1904 beschriebenen Fall von Barlowscher Erkrankung, bei welchem zum ersten Male auf das Wangenhämatom als bisher neues Symptom hingewiesen wurde, eine Durchsicht der inzwischen beobachteten und in der Literatur beschriebenen Fälle.

Hauptsächlich berücksichtigt er die deutsche Literatur. Die Sammelforschung der deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde, mit welcher Spiegelberg betraut ist, wurde im Jahre 1908 abgeschlossen. In den hierin enthaltenen (140) Fällen findet sich kein einziger, der dieses Symptom aufwies. Von sämtlichen, dem Vortragenden zugänglichen, veröffentlichten Fällen weist nur ein Fall von Bendix das vom Autor mitgeteilte Wangenphänomen symmetrisch auf beiden Seiten auf. In diesem Falle bestehen außer den symmetrisch superiostalen Blutaustritten ebensolche in der Jochbeingegend sowie an den Diaphysen der Extremitäten. Zwei nicht publizierte äußerlich ähnliche Fälle von Wangengeschwulst werden von

den betreffenden Beobachtern (Knöpfelmacher und Schloßmann) nicht als Barlowsche Krankheit, sondern als hämorrhagische Diathese aufgefaßt.

Als Erklärung für die Seltenheit des Symptoms kann vielleicht der Umstand angeführt werden, daß zur Hervorrufung desselben eine ziemlich bedeutende Blutmenge notwendig ist. Ein Übersehen minimaler Blutaustritte ist durch die Bedeckung des Oberkiefers mit den dicken Wangenweichteilen leicht begreiflich. Ferner begünstigt das Fehlen von Schmerzen an dem starren Oberkieferknochen im Gegensatz zu den schmerzhaften Schwellungen an den beweglichen Extremitätenknochen das Übersehen dieser tiefgelegenen Blutungen.

Diskussion: Thomas Barlow (London) stimmt der Auffassung des Vortragenden zu, daß es sich um einen Fall von Barlowscher Krankheit handelt. Er vermißt genauere Angaben über die Anamnese der Mutter. Bei den wenigen Fällen von Barlowscher Krankheit bei Brustkindern, die mit Sicherheit nachgewiesen sind, litt die Mutter selbst an Skorbut.

Siegfried Weiß (Wien). Schlußwort. In der amerikanischen Sammelforschung sind 10 Fälle von Brustkindern erwähnt, so daß der Fall von Weiß in dieser Beziehung nicht vereinzelt ist.

Deutscher Verein für Schulgesundheitspflege und Vereinigung der Schulärzte Deutschlands.

Breslau, 12. bis 15. Mai 1913.

Als Referenten des ersten Hauptreferates: „Welche Anforderungen sind in körperlicher und geistiger Beziehung an den Schulanfänger zu stellen?“ kamen der Arzt und der Lehrer zum Worte. Der ärztliche Referent, Stadtschularzt Dr. Steinhaus (Dortmund), verlangte, daß die Schulrekruten in körperlicher Beziehung den Forderungen zu entsprechen haben, die im wesentlichen in den Durchschnittskörpermaßen zum Ausdrucke kommen. In geistiger Beziehung muß ein bestimmter Vorstellungsschatz vorhanden sein, um den Schüler unterrichtsfähig erscheinen zu lassen. Die Verhältnisse, wie sie beim normalen Kind mit vollendetem 6. Lebensjahre vorliegen, lassen es angezeigt erscheinen, diesen Zeitpunkt, der nur ausnahmsweise bis zu einem Alter von $5^3/_4$ Jahren unterschritten werden darf, gesetzlich festzulegen. — Vom pädagogischen Referenten, Stadtschulrat Dr. Wehrhahn (Hannover), wurden namentlich die Forderungen festgelegt, die an die geistige Leistungsfähigkeit der Schüler zu stellen sind. Auch ihm erscheint das vollendete 6. Lebensjahr das geeignete für die Einschulung. Eine einheitliche Regelung wird verlangt. Besondere Schulen oder Kurse für Schwerhörige und Schwachbeanlagte werden als nötig bezeichnet, während die Schwachsinnigen den Idiotenanstalten zuzuweisen sind. Der Schulanfang für den Lernanfänger ist auf frühestens 8 Uhr, in den Großstädten auf 9 Uhr festzusetzen, der Nachmittagsunterricht ist zu verbieten, der Schulweg soll für Lernanfänger 2 km nicht übersteigen.

In eingehender und instruktiver Weise verbreitete sich Stadtarzt Dr. Oebbecke (Breslau) über den „Beruf der Schulschwester und deren Tätigkeit“, die als vermittelndes Hilfsorgan zwischen Schularzt einerseits und behandelndem Arzte und Elternhaus andrerseits einzutreten hat. Außerdem ist sie ärztliche Gehilfin, indem sie die Anordnungen des behandelnden Arztes zur Durchführung bringt und dem Schularzte Hilfe bei all den vom Gesichtspunkte der sozialen Jugendfürsorge nötigen Maßnahmen leistet.

Das zweite Hauptreferat: „Die Bedeutung der Landerziehungsheime vom hygienischen und pädagogischen Standpunkte" behandelte ein bei der Zunahme dieser Anstalten aktuelles Thema. Der pädagogische Referent: Dr. H. Lietz (Schloß Bieberstein) wies insbesondere auf die Entstehungegeschichte der Erziehungsheime hin, die vor 15 Jahren gegründet wurden, um offenbaren Übelständen unserer höheren Schulen, insonderheit der Alumnate, durch die Tat entgegenzuwirken. Die Grundsätze, die hier entwickelt wurden, gehen in der Hauptsache dahin, die Schulen aufs Land zu verlegen, die praktische Arbeit in den Unterrichtsplan einzufügen, den Kampf gegen Alkohol, Nikotin und sexuelle Schädigung aufzunehmen, das Verhältnis zwischen Lehrer und Schüler zu ändern, sowie das Unterrichtssystem einer durchgreifenden Änderung zu unterziehen. — Der medizinische Referent Dr. Sexauer (Godesberg), Schularzt am evangelischen Pädagogium in Godesberg, wies auf die unmittelbare hygienische Bedeutung der Landerziehungsheime hin, wie sie zutage tritt in einer geregelten Gestaltung der äußern Lebenshaltung, in der Erziehung zum Verständnisse für den Wert der persönlichen Gesundheitspflege und zu deren praktischer Betätigung, in der systematischen Ausbildung und Abhärtung des Körpers sowie darin, daß diese Fürsorge die unentbehrliche Grundlage für die normalsexuelle Entwicklung des zu Erziehenden darstellt. Außerdem kommt den Landerziehungsheimen neben einem prophylaktischen Wert ein direkter Heilwert zu. Ganz besonders wies der Referent auf die spezielle oder mittelbare Bedeutung der Landerziehungsheime hin, insofern sie in schulreformerischer Beziehung zu den praktischen Vorkämpfern gehören und deshalb die besondere Beachtung des Hygienikers vor den anderen Erziehungsheimen mit einem gewissen Recht erwarten dürfen; dieselbe Beachtung verdienen auch die erzieherischen Bestrebungen, da die Erziehung zur sittlichen Persönlichkeit hygienisch von ebenso großer Bedeutung ist wie die rein körperliche Ausbildung. Auch die besten Erziehungsheime sind jedoch immer nur ein Notbehelf. Sie vermögen den vielseitigen Wert und den Geist einer gesunden, erziehungsfreudigen Familie nie zu ersetzen. Die starke Zunahme der Erziehungsheime hat nicht nur in der „Schulnot" ihre Ursachen. Es muß das möglichste geschehen, um unserem Volke die Erziehungsfreudigkeit zu erhalten und die normale Erziehung in „Schule und Haus" zu gewährleisten.

Stadtschularzt Dr. Stephani (Mannheim) sprach über die „Bedeutung des Straßenlärms für die Schule" unter Hinweis auf die für die Stimmorgane und das Nervensystem der Lehrer und Schüler drohenden Schädigungen, wie sie sich namentlich auch aus der Unmöglichkeit der Öffnung der Fenster infolge Lärm und Staub ergeben. Die Schulhausgebäude im Innern von Häuserblocks sind — unter der Voraussetzung genügend großer Höfe — hygienisch sehr beachtenswert.

Das Referat des dritten Tages gelegentlich der fünften Jahresversammlung der Vereinigung der Schulärzte Deutschlands war: „Die Aufgaben der Schulärzte bei der hygienischen und sexuellen Belehrung in den Schulen". Stadtschularzt Dr. Gentzen (Essen) verlangt eine hygienische und biologische Belehrung in der Schule. Die Biologie hat sich auch auf Zeugung und Fortpflanzung in der Pflanzen- und Tierwelt zu erstrecken. Der Unterricht liegt in den Händen des Lehrers beziehungsweise der Fachlehrer, als welche auch Ärzte herangezogen werden können; die hygienische Vorbildung der Lehrerschaft in den Lehrerbildungsanstalten ist dringendes Erfordernis, durch Einfügung der Hygiene in den Lehrplan. Die Belehrung über sexuelle Gefahren gehört nicht in die Volksschulen, sondern kommt in den Fortbildungs- respektive Mittelschulen bei Entlassung der Schüler in Frage. Sie bleibt dem Arzte vorbehalten. — Die Schulärztin Dr. Klara Bender (Breslau),

welche das Korreferat übernommen hatte, stellte sich auf denselben Standpunkt, daß die Belehrung über Sexualhygiene Sache des Arztes ist, dessen Belehrungen in weit höherem Maße als bisher durch Erweiterung und Vertiefung des naturwissenschaftlichen Unterrichts vom Lehrer vorbereitet werden müssen. Die Tätigkeit der Schulärzte bei den hygienischen und sexuellen Belehrungen soll im Anschlusse an Elternabende stattfinden, ferner bestehen in klassenweiser Belehrung durch Vorträge und in Einzelberatung und Belehrung von Schülern und Eltern in den schulärztlichen Sprechstunden.

Im Anschlusse an die Referate und Vorträge fand jeweils eine sehr lebhafte Diskussion statt. — Zahlreiche Besichtigungen und Führungen, so insbesondere Vorführung von orthopädischen Turnriegen, die Besichtigung des Breslauer Stuhl-Tisch-Systems, der Besuch der neuen Blindenunterrichtsanstalt usw., schlossen sich jeweils an den Nachmittagen an. Prof. Dr. Gastpar (Stuttgart).

Besprechungen.

Erich Kindborg (Bonn). *Theorie und Praxis der innern Medizin.* (S. Karger, Berlin, 1911/12, 2 Bd., M. 17.—.)

Wer heutigentags ein Lehrbuch der innern Medizin schreibt, noch dazu ohne Mitarbeiter, der muß uns wahrhaft viel zu sagen haben. Kindborg ist in der Tat ein kritischer und kenntnisreicher Kopf. Manch originelle Idee leuchtet aus seinen Ausführungen hervor und macht die Lektüre genußreich.

Das Eigenartige an der Darstellungsweise Kindborgs ist die ständige Verknüpfung des Stoffes mit den Hilfswissenschaften, insonderheit der Chemie; aber auch Anatomie, Physiologie, Physik usw. kommen nicht zu kurz. Der Leser ist also gezwungen, fortwährend seine ante Physicum erworbenen toten theoretischen Kenntnisse zu repetieren und sie mit dem lebenden Stoff der innern Medizin zu verknüpfen. Es ist nun aber sehr die Frage, wieweit der Umfang dieser Repetition gehen darf.

Im ersten Bande wirkt die elementare Gründlichkeit der Repetitionen jedenfalls stellenweise komisch. In ein Lehrbuch, welches nur Grundlagen übermitteln soll, gehören ferner fortwährende Zitate und genaue Quellenangaben ganz unwichtiger kasuistischer Fälle nicht hinein. Braucht der Leser bei der Antiforminmethode Uhlenhuths darüber belehrt werden, daß es „Leo Cohn in Posen sogar auf 45% positive Bazillenbefunde gebracht hat"?

Der Verf. hat eine Anzahl von Figuren selbst in schematischer Weise gezeichnet, um dem Beschauer das, worauf es ankommt, besonders sinnfällig zu machen. Daß vom Erhabenen zum Lächerlichen nur ein Schritt ist, lehren manche dieser an Karzerwandbilder erinnernden Zeichnungen.

Kindborg steht — laut Vorwort — der modernen Auffassung, daß Handbücher besser durch vereinte Arbeit mehrerer Autoren geschrieben werden, nicht unsympathisch gegenüber, meint jedoch ganz mit Recht, daß für ein Lehrbuch, welches nur Grundlagen zu geben beabsichtige, ein Kopf genügc.

Beschauen wir uns nunmehr daraufhin die pädiatrischen Fundamente, welche Kindborg seinen Lesern übermitteln will. Es kann gewiß vernünftigerweise vom Buche eines praktizierenden Arztes nicht erwartet werden, daß es nur Lichtseiten enthält. Aber die Finsternis, welche über dem pädiatrischen Teil lagert, überschreitet denn doch das im Jahre 1912 Erlaubte. Es muß wirklich ein eigener Reiz für sehr viele Internisten sein, die Rosinante zu satteln und ins gelobte Land der Pädiatrie zu traben. Aber wie leicht macht Kindborg es der wachsam an den Grenzpfählen wartenden Kritik! Fast lohnt es gar nicht, wegen solcher Donquichotterie zur Wehr zu greifen! Die Pritsche genügt. Man höre:

„Wird Milch gar nicht vertragen, so kann man auch mit einem der Kindermehle (Nestlé, Kufeke, Knorr) ein Kind aufziehen."

„Denn wenn für die verschiedenen Krampfzustände im Kindesalter der Name Spasmophilie oder spasmophile Diathese gebildet wird, so besagt dies doch weiter nichts, als daß das Kind es eben liebte, von Zeit zu Zeit Krämpfe zu bekommen."

Ich begnüge mich mit diesen Stichproben, die sich mit Leichtigkeit vermehren ließen. Die beiden zitierten Sätze sind mehr als bloße Entgleisungen: sie sind ein lehrreiches Dokument für uns Kinderärzte. Ein Internist mit solchen pädiatrischen Kenntnissen will die Grundelemente unserer Spezialdisziplin Studierenden und Ärzten übermitteln. Das ist typisch für den teils bewußten, teils unbewußten Snobismus einer Anzahl interner Mediziner. Wie schwer sich dieser rächt, zeigt das Kindborgsche Buch recht drastisch. Ich erwähnte schon, daß die zitierten zwei Sätze nicht die einzigen sind, die beanstandet werden müssen. Auf jeder Seite, welche der Pädiatrie gewidmet ist, finden sich Anschauungen, die als falsch erwiesen worden sind oder mit den Grundlehren der führenden pädiatrischen Meister im Widerspruch stehen. Auch die Kenntnis der ausländischen pädiatrischen Literatur ist nur lückenhaft und kann es ja nach Lage der Dinge nicht anders sein. Während z. B. Kindborg die Ichthyolrezeptur eines französischen Autors aus ganz entlegener Quelle zitiert, empfiehlt er angelegentlichst, Säuglingsschnupfen mit 10%igem Mentholöl zu behandeln. Wäre der Autor in der französischen Literatur gut zu Haus, dann müßten ihm die wiederholten Warnungen französischer Pädiater vor dem Menthol bekannt sein.

Das Buch Kindborgs beweist wieder einmal, daß die traditionelle jahrelange Erfahrung des Praktikers (und noch dazu eines kritisch denkenden, geistvollen und mit akademischen Kreisen eng in Fühlung stehenden Kollegen!) nicht dazu berechtigt, sich auf breiter Grundlage über die Kinderheilkunde zu äußern. Klotz.

Bosc (Montpellier). *Thérapeutique infantile.* (Editeurs: Coulet et Fils, Montpellier, Masson & Cie., Paris, 1912.)

Das kleine therapeutische Handbuch enthält auf seinen etwa 600 Seiten eine Unmenge therapeutischer Winke. Die Anordnung ist so getroffen, daß dem Heilplan jeder Krankheit ganz knapp gehaltene wichtigere klinische Daten vorausgeschickt werden.

Über therapeutische Maßnahmen, insonderheit medikamentöser Art, läßt sich schlecht diskutieren; letzten Endes verschanzt sich jeder doch hinter seine Erfahrung. Um die zahllosen, rein morphologisch aufgefaßten Arten von Diarrhöe beneide ich die französischen Kollegen nicht. Die Pathologie der Säuglingsernährung wird häufig gestreift; auch hier überwiegt die altgewohnte pharmakophile Anschauung. Bei Barlow ist z. B. das erste Erfordernis eine Inunktionskur! Die erste Regel bei Obstipation an der Brust ist Ammenwechsel, da die zu Obstipation führende Frauenmilch zu eiweißreich oder zu fettarm ist! Klotz.

Neumann-Neurode. *Kindersport.* (Körperübungen für das frühe Kindesalter; 3. Aufl.; Verlag von A. Stein, Potsdam, 1912; Preis brosch.: M. 2·25.)

Die erste Auflage dieses Buches hat bei ihrer Besprechung in dieser Monatsschrift (Bd. IX, S. 298) durch Möller Tagesson eine scharfe Kritik erfahren. Trotzdem hat es manche Freunde erworben und vielfach in der Praxis gute Dienste geleistet. In der 3. Auflage sind nun eine Anzahl Übungen hinzugefügt worden, die an einem größeren Apparate, dem sogenannten Wolmreck, auszuführen sind. Der Verf. begründet diese Änderung damit, daß die Anforderungen an den Lehrer durch Heben des Kindes vielfach zu groß waren. Ich halte trotzdem diese Komplizierung der Methode nicht für einen Vorteil und glaube nicht, daß die Verbreitung des Kindersportes hierdurch besser gefördert wird. Thorspecken (Bremen).

Max Keller. *Religiöse Kindererziehung nach badischem Recht.* (Verlag von G. Braun, Karlsruhe i. B. 1913; Preis: M. 1.50.)

Verf. bringt die in Baden geltenden Bestimmungen über die Rechte der Eltern hinsichtlich der religiösen Erziehung ihrer Kinder zur Darstellung. Er schildert die geschichtliche Entwicklung der Frage bis zum Jahre 1860, dann die Bedeutung des Gesetzes vom 9. Oktober 1860, durch welches die Religionsbestimmung dem freien Ermessen der Erziehungsberechtigten anheimgegeben wird, und schließlich die Änderungen, welche die Einführung des bürgerlichen Gesetzbuches und anderer Gesetze im Gefolge gehabt haben. Den breitesten Raum nimmt die Darstellung des gegenwärtig geltenden Rechtes ein. Keller (Berlin).

Max Rosenthal. *Mutterschutz und Sexualreform.* (Referate und Leitsätze des I. intern. Kongresses f. Mutterschutz und Sexualreform in Dresden, 28.—30. September 1911, nebst einer Einführung: „Zur Geschichte des Deutschen Bundes für Mutterschutz" und einem Anhang: „Gründungsprotokoll, Satzungen und Aufruf der Internationalen Vereinigung für Mutterschutz und Sexualreform". Verlag von Preuß & Jünger, Breslau 1912.)

Die Kongreßberichte umfassen folgende Themata:

1. Der Entwicklungsgedanke und das menschliche Geschlechtsleben.

2. Mutterschutz und Rassenhygiene.
3. Mutterschutz durch Mutterschaftsversicherung und Kinderrente.
4. Die soziale Lage der unehelichen Mutter und ihres Kindes.
5. Sexualwissenschaft als Grundlage der Sexualreform.
6. Ehe und Sexualreform.
7. Das Sexualleben in unserer modernen Kultur.

Keller (Berlin).

Johann Amos Comenius. *Mutterschule* oder *Über die fürsorgliche Erziehung der Jugend in den sechs ersten Lebensjahren.* (A. d. Lateinischen übersetzt, eingeleitet und erläutert von Schulrat Altemöller.) (Verlag von F. Schöningh, Paderborn; M. 1·20.)

Der leitende Gedanke bei der Abfassung dieses Buches war für den großen Pädagogen (1592 bis 1670) der, ein Erinnerungsbüchlein für Eltern und Wärterinnen zu schreiben, damit diese ihre Obliegenheiten genau kennen lernen. Unter Berücksichtigung des Tiefstandes der Medizin zu jenen Zeiten muß anerkannt werden, daß die Ratschläge des Comenius da, wo er medizinisches Gebiet betritt, meist recht vernünftige sind. Insonderheit tritt er energisch für das Selbststillen ein und stützt seine Mahnung durch vielfache Zitate aus alten griechischen, römischen und anderen Autoren. So waren ihm Favorinus, Aulus Gellius (cf. Schloßmann, Monatsschrift f. Kinderheilkunde, 1910) wohl bekannt. „Die Schafe, welche mit Ziegenmilch aufgezogen sind, tragen eine viel gröbere Wolle als diejenigen, welche Muttermilch getrunken haben, wie umgekehrt die Ziegen, welche mit Schafmilch aufgezogen worden sind, ein viel weicheres Haar haben." (Favorinus.) „Die meisten von ihnen (scil. den Müttern)", so sagt er, (Didokus Apolephtes) „wollen lieber ein Hündchen als ihr Kindlein liebkosen und schämen sich mehr, ihren eigenen Sprößling, als einen Hund oder ein Eichhörnchen auf den Armen zu tragen." Es darf natürlich nicht wundernehmen, daß Comenius sich im Zitieren traditioneller Ammenbräuche und -märchen nicht genug tun kann. Kaligulas Amme pflegte ihre Brustwarzen mit Blut zu bestreichen, bevor sie seine Kaiserliche Hoheit anlegte. Daher ward er später so wild, daß er Menschenblut von seinem Schwerte leckte. Und Tiberius war darum so weinfroh, weil seine Amme antiabstinent war und ihren Pflegling früh mit Weinsuppen fütterte.

Als Schutz gegen etwaige Kopftraumen beim Gehenlernen empfiehlt Comenius ein „Mützchen mit wurstförmigem Watterand" ganz im Widerspruche zu Rousseau, der, wie der Kommentator anführt, das genaue Gegenteil lehrt: laufen und fallen lassen.

Es ist selbstverständlich, daß die Mutterschule des Comenius heute nur historisches Interesse hat, wenigstens soweit die medizinischen Angaben in Frage kommen. Der Schwerpunkt des Büchleins liegt zudem auf der pädagogischen Seite. Diese aber ist überwiegend nach pastoralen Prinzipien orientiert.

Jedenfalls ist die Lektüre alles in allem eine sehr anregende. Dem Herausgeber muß man für seine Bemühungen um die Wiederauflebung dieses alten Kulturdokumentes dankbar sein. Klotz.

Oskar Anton Wolff. *Das Recht der geschiedenen Mutter nach dem Deutschen Bürgerlichen Gesetzbuche.* (Verlag von Duncker und Humblot, München und Leipzig, 1913. Preis: M. 2.)

Bei der Besprechung der Rechtsverhältnisse zwischen geschiedenen Eltern (insbesondere der Mutter) und den gemeinsamen ehelichen Kindern ergibt sich von selbst die Trennung nach den persönlichen (Sorge für die Person der Kinder und Recht auf persönlichen Verkehr mit den Kindern) und vermögensrechtlichen Beziehungen. Der Erörterung der darauf bezüglichen bei uns geltenden Gesetzesbestimmungen geht eine kurze Zusammenfassung der Elternrechte und Elternpflichten bei bestehender Ehe und während des Scheidungsprozesses voraus. Keller (Berlin).

Alfons Fischer (Karlsruhe). *Grundriß der sozialen Hygiene.* (Für Mediziner, Nationalökonomen, Vewaltungsbeamte und Sozialreformer; mit 70 Abb. im Text. Verlag von Julius Springer, Berlin 1913. Preis: M. 14.80 geb.)

Auf dem Gebiete der sozialen Hygiene erscheinen in jüngster Zeit verhältnismäßig viele Bücher und Monographien. Es wird dem neuen Lehrbuch nicht leicht fallen, einen Leserkreis zu finden. Dazu kommt, daß das Gebiet der sozialen Hygiene so groß ist und naturgemäß in so viele Spezialgebiete hereingreift, daß es dem einzelnen schwer ist, in allen einzelnen Fragen die notwendige Sachkenntnis zu erwerben. Keller (Berlin).

M. Mosse und **G. Tugendreich.** *Krankheit und soziale Lage.* (2. Lieferung; Verlag von J. F. Lehmann, München 1911, Preis: M. 6.)

Die 2. Lieferung (Besprechung der 1. in der Monatsschrift. 1912, Bd. XI, S. 860) enthält folgende Beiträge:

W. Weinberg, Stuttgart. Einfluß der sozialen Lage auf Krankheit und Sterblichkeit der Frau.

G. Tugendreich, Berlin. Einfluß der sozialen Lage auf Krankheit und Sterblichkeit des Kindes.

M. Fürst, Hamburg. Einfluß der sozialen Lage auf die Schultauglichkeit.

H. Meisner, Berlin. Einfluß der sozialen Lage auf die Militärtauglichkeit.

G. Voss, Düsseldorf. Einfluß der sozialen Lage auf Nerven- und Geisteskrankheiten, Selbstmord und Verbrechen.

B. Laquer, Wiesbaden. Einfluß der sozialen Lage auf den Alkoholismus. Keller (Berlin).

N. Zuntz und **A. Loewy.** *Lehrbuch der Physiologie des Menschen.* (Mit 289 Abb. und 3 Tafeln; II., verbesserte Auflage.) (Verlag von F. C. W. Vogel, Leipzig 1913. Preis: M. 22.)

Wohl wenige Disziplinen besitzen ein so ausgezeichnetes Lehrbuch, wie es die Herausgeber mit ihren Mitarbeitern für die Physiologie geschaffen haben. Die Art der Darstellung, die Beschränkung des Stoffes und die Abbildungen sind mustergültig. Keller (Berlin).

E. Poulsson. *Lehrbuch der Pharmakologie für Ärzte und Studierende.* (Deutsche Originalausgabe besorgt von Friedrich Leskien in Leipzig, mit einer Einführung von Walter Straub in Freiburg i. Br. Mit 8 Fig., II. Aufl.) (Verlag von S. Hirzel, Leipzig, und H. Aschehoug & Co., Kristiania 1912. Preis: M. 15.)

Die 2. Auflage bringt gegenüber der 1. (besprochen in der Monatsschrift, Bd. IX, 1910, S. 73) keine wesentlichen Änderungen. Es sei hier auf die frühere Besprechung verwiesen. Keller (Berlin).

Inhalt.

Gallus. *Sammelreferat über die deutsche ophthalmologische Literatur. 401.* — **Allgemeines. Karnitzki.** *Einführung in die Pädiatrie 409.* — **Pharmakologie und Toxikologie. Gessner.** *Phosphorwirkung 409.* — **Bakteriologie. Berry** und **Banzhaf** *410.* — **De Witt.** *Diphtheriebazillen 411.* — **Brown. Berry** und **Blackburn.** *Diphtherietoxin 411.* — **Torrey.** *Fliegenbakterien 412.* — **Serologie und Immunitätslehre. Famulener.** *Übertragung der Immunität 412.* — **Entwicklung und Sprache. Yearsley.** *Taubheit 413.* — **Ernährung. Frank.** *Molketherapie 413.* — **Pelser.** *Präzisionswage 414.* — **Osborne, Mendel** und **Ferry.** *Fütterungsversuche 414.* — **Milchwissenschaft und Molkereipraxis. Brennemann.** *Milchgerinnung 415.* — **Hamburger. Winslor.** *Anginaepidemie 415.* — **Stoffwechsel. Crudden** und **Fales.** *Stoffwechsel bei Infantilismus 416.* — **Peabody.** *Salzstoffwechsel bei Pneumonie 417.* — **Diathesen. Rachmilewitsch.** *Hautreaktionen bei exsudativer Diathese 417.* — **Rindfleisch.** *Status thymicolymphaticus 417.* — **Infektionskrankheiten. Brauer. Conradi. Bokay.** *418.* — **Alsberg.** *Syphilis 419.* — **Hillenberg. Fraser** und **Clark. Gauvain** *419.* — **Fraser** und **Gowan. Morland. Brooks** und **Gibson. Reade** und **Caley. Park** und **Krumwiede** *420.* — **Galliot.** *Tuberkulose 421.* — **Holmgren.** *421.* — **Palmer** *424.* — **Cummins. Bongartz. Meyer.** *Scharlach 425.* — **Wilson.** *Masern 425.* — **Park** *425.* — **Ponder. Hewlett** und **Nankivell. Wolff. Beyer. Kleinschmidt. Sommerfeld.** *Diphtherie 426.* — **Lyall.** *Typhus 427.* — **Parmelee. Cumming.** *Zerebrospinalmeningitis 427.* — **Bidenkap** *427.* — **Batten. Anderson** und **Frost.** *Poliomyelitis 428.* — **Davis.** *Influenza 428.* — **Mallory, Hornor** und **Henderson. Mallory** und **Hornor.** *Keuchhusten 429.* — **Friedjung.** *Parotitis epidemica 429.* — **Stamm.** *Rheumatismus nodosus 430.* — **Lindsay.** *Rheumatoide Arthritis 430.* — **Takeno.** *Rheumatosen 431.* — **Zirkulationsapparat. Hughes.** *Chronisches Ödem 432.* — **Respirationsapparat. Chandler.** *Empyem 432.* — **Blut und blutbildende Organe. Friberger.** *Puls und Blutdruck 432.* — **Ashby.** *Eisengehalt der Leber 433.* — **de Biehler.** *Anämie 433.* — **Caronia.** *Leishmaniaanämie 433.* — **Lymphatischer Apparat. Davis.** *Bakteriologie und*

pathologische Anatomie der Tonsillen 434. — **Innere Sekretion. Mendelsohn.** *Thymus 434.* — **Verdauungsapparat. Zeit.** *Undurchgängigkeit des Ösophagus 435.* — **Hutinel** und **Nobécourt.** *Akute Colitis 435.* — **Poynton** und **Paine.** *Appendizitis 437.* — **Hughes.** *Darminvagination 437.* — **Schmidt.** *Ulcus rotundum duodeni 437.* — **Leber. Blakeway.** *Fehlen der Gallenblase 437.* — **Davidson.** *Leberzirrhose 437.* — **Pankreas. Goldie.** *Pankreatitis 438.* — **Urogenitalapparat. Heubner.** *Chron. Nephrose 438.* — **Neurologie und Psychiatrie. Lesage** und **Gauchery.** *Hemispasmus des Fazialis 439.* — **Smith** und **Woodforde.** *439.* — **Ross.** *Meningitis 440.* — **Harbitz.** *Hirnkrankheiten 440.* — **Stoffwechselkrankheiten. Glaser.** *440.* — **Nobécourt, Tixier** und **Maillet.** *Infantiler Skorbut 441.* — **Wachstumskrankheiten. Telford.** *Hemihypertrophie 441.* — **Haut. Jacob.** *Fibroangiom 441.* — **Whitfield.** *Pedikuli 442.* — **Monod.** *Hauldesinfektion mit Jod 442.* — **Zahnung. Helbich.** *Zahnschmelzdefekte 442.* — **Auge. Stephenson.** *Ophthalmia neonatorum 443.* — **Chirurgie. Nageotte-Wilbouchewitsch.** *Luxation der Patella 443.* — **Sampson.** *Frakturbehandlung 443.* — **Usener.** *Nabelschnurbruch 443.* — **Braquehay, Adda** und **Bruch.** *Traumatische Symphysentrennung 444.* — **Lesage** und **Girault.** *Sarkom des Ovariums 444.* — **Orthopädie. Joachimsthal.** *Skoliose 444.* — **Mißbildungen. Peltesohn.** *Mißbildung der unteren Extremität 445.* — **Hygiene und soziale Medizin. Baginsky.** *Hygiene der Stadtkinder. Schulhygiene 445.* — **Berichte.** *Pädiatrische Sektion des internationalen med. Kongresses in London 446.* — *Deutscher Verein für Schulgesundheitspflege 460.* — **Besprechungen. Kindborg.** *Theorie und Praxis der innern Medizin 462.* — **Rose.** *Therapeutique infantile 463.* — **Neumann-Neurode.** *Kinderspott 464.* — **Keller.** *Religiöse Kindererziehung nach badischem Recht 464.* — **Rosenthal.** *Mutterschutz und Sexualreform 464.* — **Comenius.** *Mutterschule 465.* — **Wolff.** *Recht der geschiedenen Mutter 466.* — **Fischer.** *Grundriß der sozialen Hygiene 466.* — **Mosse** und **Tugendreich.** *Krankheit und soziale Lage 466.* — **Zuntz** und **Loewy.** *Lehrbuch der Physiologie 466.* — **Poulsson.** *Lehrbuch der Pharmakologie 467.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin W. 50., Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny Berlin | **Göppert** Göttingen | **Knöpfelmacher** Wien | **Moro** Heidelberg | **Thiemich** Leipzig | **Tobler** Breslau

Berend Budapest | **Comba** Florenz | **Johannessen** Kristiania | **Koplik** New-York | **Marfan** Paris | **Thomson** Edinburg | **Wieland** Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis der Abteilung „Referate" (ca. 50 Bogen) Mk. 24.—.
Preis der Abteilung „Originalien" (ca. 35—40 Bogen) Mk. 20.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XII. **Referate.** Nr. 7.

Physiologie und allgemeine Pathologie.

Hermann Matti. *Physiologie und Pathologie der Thymusdrüse.* (Mit 20 Abb. u. 14 Taf.) (Ergebn. d. inneren Med. u. Kinderheilk., Bd. X, S. 1; Springer, Berlin, 1913.)

Umfassende kritische Darstellung des gegenwärtigen Standes unserer Kenntnisse über die physiologische und pathologische Thymusfunktion. Zum Referat im einzelnen nicht geeignet.

W. Freund (Breslau).

Emil Reiss. *Die refraktometrische Blutuntersuchung und ihre Ergebnisse für die Physiologie und Pathologie der Menschen.* (Ergebn. f. innere Med. u. Kinderheilk., Bd. XII, S. 531.)

Der Schlußabschnitt der umfangreichen, auch zahlreiche neue Versuche bringenden Abhandlung handelt von den praktischen Ergebnissen der Methode. Sie soll u. a. beim Säugling durch ihre Sinnfälligkeit und Exaktheit die Indikation zu schleunigster Wasserzufuhr stellen helfen. Es darf bezweifelt werden, daß sie sich zu diesem Zwecke einbürgern wird; eher diskutabel wäre ihre gelegentliche Verwendung bei der Bewertung pathologischer Wasserretention.

W. Freund (Breslau).

S. Uhlirz. *Theorie und Behandlung der Pädatrophie.* (Prager med. Wochenschr., 1913, S. 109.)

Um die „vitale Energie der Zellen zu erhöhen", hat Verf. atrophische Säuglinge (mit und ohne Darmerkrankung) mit Arsenglidine

(von 0·0001 g pro die ansteigend) behandelt. Er ist mit seinen Erfolgen sehr zufrieden. Reuß (Wien).

Allgemeine Diagnostik.

A. Hecht. *Über die physiologischen Herzschallverhältnisse im Kindesalter.* (Wiener med. Wochenschr., 1913, S. 186.)

Elektrokardiographische Studien ergaben, daß die Amplitude des ersten Herztones im Säuglingsalter und frühen Kindesalter viel größer ist als die des zweiten; hiedurch wird die Hochsingersche Behauptung, daß beim Säuglinge an der Herzbasis ein trochäischer Rhythmus besteht, bestätigt. Lehndorff (Wien).

Pharmakologie und Toxikologie.

V. Demole. *Un composé organique de Brome.* (Rev. suisse de méd., 1913, Nr. 14.)

Demole machte bei Epilepsie Versuche mit Bromoglidine, einer Kombination von Brom mit einem Proteinstoff. Bromoglidinepastillen enthalten 0·05 Brom, letzteres wird sehr schnell wieder aus dem Körper eliminiert. Es wurden täglich je 10 Pastillen gegeben (0·5 Brom). Bei den meisten Fällen von Epilepsie wurden während der Bromoglidinetherapie die Anfälle häufiger im Vergleich mit der üblichen Bromtherapie. Bei einem Fall wirkte Bromoglidine beruhigend und günstig auf den Schlaf. Bei einem Falle sanken die Anfälle unter Bromoglidinebehandlung von 93 im Monate auf 53 herab.

Verf. kommt zum Schlusse, Bromoglidine wirkt als leichtes Sedativum, wird leicht absorbiert, kann aber in bezug auf aktive Wirkung und Preis mit Bromkalium nicht konkurrieren.

Max Reber (Basel).

E. Keuper (Karlsruhe, Berlin). *Melubrin als Antirheumaticum und Antypyreticum.* (Deutsche med. Wochenschr., 1813, Nr. 18, S. 835 bis 838.)

Keuper berichtet unter einer größeren Reihe von geheilten Fällen auch über ein 5jähriges Kind mit schwerem, akutem Gelenksrheumatismus, bei dem nach 6wöchiger Dauer Melubrin innerhalb von 7 Tagen völlige Heilung brachte, und über einen ebenfalls sehr günstig beeinflußten Fall von Chorea minor. Er gibt relativ hohe Dosen, die ohne Schaden vertragen werden. Nagel-Hoffmann.

Bakteriologie.

W. Schürmann und **E. Hajós** (Bern). *Erfahrungen mit den Tellurnährböden bei der bakteriologischen Diphtheriediagnose.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 17, S. 786—787.)

Der Zusatz von Tellur zum Löfflerschen Serumagar erleichtert die Diphtheriediagnose. Es empfiehlt sich direkte Aussaat auf Tellurnährböden. Nagel-Hoffmann.

Serologie und Immunitätslehre.

M. Nemmser (St. Petersburg). *Wiederholte Seruminjektionen und Überempfindlichkeit.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 16, S. 740—741.)

Nemmser hat über 1000 Krankengeschichten von wiederholt mit Diphtherieserum behandelten Kindern auf das Auftreten anaphylaktischer Erscheinungen hin durchgesehen, aber außer Serumexanthemen in keinem Falle solche gefunden. Bei elf innerhalb von 24 Stunden nach der 2. Injektion gestorbenen Patienten war die Einspritzung in extremis gemacht worden. Die Serummengen waren die üblichen 6 bis 10 cm^3. Nagel-Hoffmann.

Hans Froesch (Zürich). *Über eine Komplementbindungsreaktion bei angeborenem Schwachsinn und anderen degenerativen Zuständen des Zentralnervensystems.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 17.)

Verf. prüfte Blutserum von angeborenem Schwachsinn auf Wassermannsche Reaktion (102 Fälle) und fand nur einmal deutlich positive Reaktion, dagegen in über 50% der Fälle Hämolyse, die nicht als positiver Wassermann bezeichnet werden konnte. Als er diesem merkwürdigen Befund nachspürte, fand er, daß sich mit einem künstlichen Gemisch von $^2/_{00}$ Cholesterin, $^1/_{00}$ Lezithin und $^1/_{00}$ Natr. olein., in Alkohol gelöst, ebenfalls starke Komplementbindung erzielen ließ. Er bezeichnet diese Reaktion als Neuroreaktion und mahnt zur Vorsicht bei der Bewertung der Wassermannschen Reaktion, denn letztere war, wenn auch schwach positiv, bei einer ganzen Anzahl von Fällen vorhanden, die starke Neuroreaktion aufwiesen und mit Lues sicher nichts zu tun hatten. Eine Spezifität der Neuroreaktion für angeborenen Schwachsinn besteht nicht; vielleicht ist die Reaktion aber bei zweifelhafter Diagnose im allerfrühesten Kindesalter imstande, Schwachsinn aufzudecken.

Als Ursache der Neuroreaktion sieht Verf. also eine Störung des Lipoidstoffwechsels an. Ähnlich fand ja auch Bittorf, daß nach Zertrümmerung lipoidreicher Organe bei Tieren positive Wassermannsche Reaktion auftrat. Auch die von Schottmüller beschrie-

bene positive Wassermannreaktion bei frischer Poliomyelitis dürfte ähnlich zu erklären sein. Immerhin bestehen aber noch Unklarheiten. Ausschüttelung der Lipoide bewirkte keine Verminderung der hemmenden Kraft des Serums. Zusatz weiterer Lipoide (Zerebrin, Protagon usw.) setzte die Intensität der Neuroreaktion herab, statt sie zu erhöhen. Es wird sich also weniger um rein biochemische Verhältnisse als um biophysikalische Faktoren (Größe und elektrische Ladung der suspendierten Extraktteilchen) handeln.

Von 6 Ammen, die alle negativ nach Wassermann reagierten, wiesen 4 positive Neuroreaktion auf. Der Autor stellt sich vor, daß Resorption von Lipoiden aus der Milch hier im Spiele ist. Klotz.

G. Shibayama (Tokio). *Über die Wirkung von Serum und Toxin bei rektaler Anwendung.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 16, S. 738—740.)

Durch rektale Anwendung artfremden Blutes konnten Präzipitine und Hämolysine erzeugt werden. Diphtherietoxin und Tuberkulin übten aber bei rektaler Anwendung keine Giftwirkung auf die Tiere aus und ebensowenig vermochten Diphtherie-, Typhus- und Choleraantitoxine (Pferdesera) bei rektaler Anwendung passive Immunität zu verleihen. Nagel-Hoffmann.

Entwicklung und Sprache.

E. Fröschels. *Über Stummheit bei hörenden Kindern (Hörstummheit).* (Wiener klin. Rundschau, 1913, S. 257.)

Außer der auf echter Taubheit beruhenden Taubstummheit gibt es auch eine solche, welche auf einen Schlafzustand des Akustikuszentrums, auf Seelentaubheit, zurückzuführen ist. In anderen Fällen liegt eine Funktionslosigkeit des Wernickeschen Wortklangbildzentrums vor; die Kinder zeigen bei deutlichen Zeichen normalen Gehörs kein Sprachverständnis; gewöhnlich ist bei ihnen ein anderer Sinn (Gesicht, Tastsinn) sehr leicht anregbar. Ist der Weg von Wernicke zum transkortikalen Zentrum nicht gangbar, so resultiert der Zustand der Echolalie (verständnisloses Nachsprechen). Außer den genannten Formen der sensorischen Hörstummheit gibt es auch eine motorische Hörstummheit. Die Ursachen der letzteren liegen entweder kortikal (im Brocaschen Zentrum) oder in der inneren Kapsel (pseudobulbärparalytische Stummheit) oder peripher (z. B. beim Wolfsrachen). Statistische Untersuchungen an der Wiener Universitäts-Ohrenklinik haben ergeben, daß bei den sensorisch Hörstummen häufig Krämpfe und auch verzögerte Sprachentwicklung in der Aszendenz zu konstatieren waren; bei den motorisch Hörstummen ergab die Anamnese sehr häufig Rachitis und schwere

Erkrankungen der Atmungsorgane (Pneumonie, Pertussis). Hörstumme Mädchen sind viel seltener als hörstumme Knaben. Die Therapie der Hörstummheit ist die dankbarste; Fröschels' Statistik ergibt 100% Heilungen. Reuß (Wien).

Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.

Stolte (Straßburg). *Die Bedeutung ausreichender Fettzufuhr für den Säugling und ihre praktische Durchführbarkeit.* (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 51.)

Die Ausführungen des Verf. über die praktische Durchführbarkeit der fettreichen Ernährung wollen dem Allgemeinpraktiker die elementarsten Grundzüge in dieser Hinsicht klarlegen, dem Kinderarzte bringen sie nichts Neues.

Die Argumente für die Bedeutung ausreichender Fettzufuhr werden indirekt aus den Gefahren eines Plus der Nahrung an Kohlehydraten und aus der Nutzlosigkeit einer einseitig das Eiweiß bevorzugenden Kost abgeleitet. Die Gefahren fettreicher Nahrung werden erörtert; anderseits wird bestätigt, daß im Milieu der Buttermilch vielfach erstaunliche Fettmengen toleriert werden.

Klotz.

Forcart (Basel). *Larosan als Ersatz für Eiweißmilch.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 22.)

Verf. rühmt die guten Erfolge und die bequeme Herstellung der Stöltznerschen Larosanmilch. Klotz.

H. Beer. *Über Stillschwierigkeiten und deren Behandlung.* (Wiener klin. Wochenschr., 1912, S. 1876.)

Verf. nimmt an, daß in solchen Fällen, wo Kinder an einer spontan fließenden, verhärteten Brust nicht trinken wollen, statt einer Relaxation der Muskulatur der Drüsenausführungsgänge eine Kontraktion eintritt. Gegen diese (der spastischen Obstipation der Neurastheniker analoge) „Hypogalaktia paradoxa" werden feuchtwarme Umschläge und Brompräparate empfohlen.

Reuß (Wien).

Basch (Prag). *Plazenta, Fötus und Ovarium in ihrer Beziehung zur experimentellen Milchauslösung.* (Arch. f. Gyn., Bd. XCVI.)

Verteidigung von Prioritätsrechten gegenüber Aschner und Grigoriu (cf. Bd. XI dieser Zeitschrift, S. 656).

Hohlfeld (Leipzig).

Frank (New York). *Zur Frage der experimentellen Milchauslösung.* (Arch. f. Gyn., XCVII.)

Die Milchabsonderung ist von einer Hyperplasie der Brustdrüse und diese wieder von den Ovarien abhängig, welche die Brustdrüse zu besonderen Zeiten — nach der Geburt, nach Eintritt der Ovulation und während der Schwangerschaft — aktivieren. Zu diesen Zeiten können viele Reize, auch von der Plazenta ausgehende, Milchabsonderung auslösen. Ihr spezifischer Charakter ist jedoch nur an früh kastrierten Tieren zu erweisen. Vom Verf. in dieser Richtung angestellte Versuche sind negativ ausgefallen. (Bemerkungen zu der in Bd. XCVI desselben Archivs erschienenen Erwiderung von Basch auf die Arbeit von Aschner und Grigoriu.)

Hohlfeld (Leipzig).

H. Friedemann. *Über künstliche Steigerung der Frauenmilchsekretion.* (Wiener klin. Rundschau, 1913, S. 38.)

Empfehlung eines neuen Laktagogums, des „Polylaktol" (Friedr. Bayer & Co.). Das Präparat besteht aus einer Kombination von Eisensomatose mit Malzpräparaten. Reuß (Wien).

R. Hutchinson. *Discussion on the dyspepsias of childhood after the period of infancy.* (Brit. med. Journ., 16. November 1912.)

Referierender Vortrag über Dyspepsien des späteren Kindesalters. Verf. teilt die Dyspepsien der Kinder ein in gastrische, intestinale und hepatische. Eine häufige Kombination sei: mangelhafter Tonus und Motilität des Magens, intestinale Dyspepsie durch übermäßige Aufnahme von Kohlehydraten und Beteiligung einer Insuffizienz der Lebertätigkeit. Ätiologisch kommen Veranlagung, schlechtes Kauen und Überschuß von Kohlehydraten in der Nahrung in Betracht. Die Behandlung habe zu berücksichtigen, daß Dyspepsien häufig ein Symptom einer Allgemeinerkrankung seien; dementsprechend stehen diätetische Maßnahmen erst in zweiter Reihe. Eckhardt.

Fr. Lucksch. *Ein Beitrag zur Ätiologie des Morbus Buhli.* (Prager med. Wochenschr., 1913, S. 167.)

An der Leiche eines 4tägigen Kindes, welches asphyktisch zur Welt gekommen war, häufig erbrochen, stinkende, schwarze Stühle entleert und an Krämpfen gelitten hatte, konnte bei der im Ghonschen Institut vorgenommenen Obduktion der typische Befund der Buhlschen Krankheit erhoben werden; die bakteriologische Untersuchung ergab eine durch Bacterium coli bedingte Bakteriämie. Die Pathogenese des für die Frage der enteralen Infektionen des Neugeborenen sehr bedeutsamen Falles wäre folgende: Bei einem neugeborenen Kind entwickelt sich ein akuter Darmkatarrh; dadurch entsteht eine Umänderung der Darmflora; vom Darme aus kommt es zu einer Bakteriämie, bedingt durch ein typisches Bacterium coli;

diese Bakteriämie führt einerseits an sich zur Verstopfung von kleineren Gefäßen, anderseits zur Ausbildung von Thromben in größeren; durch diese Gefäßverschlüsse kommt es zur Ausbildung von hämorrhagischen Erosionen im Magen, Myomalazie des Herzmuskels und hämorrhagischem Infarkt der Nieren; infolge der Bakterianämie tritt Verfettung des Herzmuskels und der übrigen parenchymatösen Organe auf. Reuß (Wien).

Knox. *The effect of moderately high temperature upon the infant.* (Der Einfluß mäßig hoher Temperaturen auf den Säugling.) (Arch. of Ped., März 1913.)

Untersuchung stillender Kinder zeigte keine besondere Schädigung bei mäßiger (?) Sommerhitze (mittlere Temperatur 23° draußen, 25·5° in der Wohnung); die hohe Morbidität im Sommer betrifft lediglich künstlich genährte Kinder. Bei wirklich intensiver Hitze (Baltimore) möchten allerdings auch die Brustkinder leiden.

Wachenheim (New York).

E. Gildemeister und **K. Baerthlein** (Berlin). *Bakteriologische Untersuchungen bei darmkranken Säuglingen.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 21, S. 982—984.)

In einem verhältnismäßig hohen Prozentsatze wurden Bakterien der giftarmen Ruhrgruppe nachgewiesen, die aber auch bei einem gesunden Säuglinge gefunden wurden. Paratyphus-B-Bakterien und Gaertner-Bazillen wurden nur in einem relativ kleinen Teil der Fälle als Krankheitserreger festgestellt. Bakterium proteus, pyocyaneus, coli mutabile und Dahlem-Bakterien sind häufige Bewohner des kranken Säuglingsdarmes. Nagel-Hoffmann.

H. Steffen. *Über die salzarme Kost in der Behandlung der Epilepsie.* (Wiener. klin. Rundschau, 1913, Nr. 8—13.)

Verf. faßt seine Erfahrungen, die sich auch auf Kinder erstrecken, dahin zusammen, daß ununterbrochene Bromkuren bei salzarmer Kost bedeutend mehr leisten als jede andere antiepileptische Therapie. Bei Bromdosen von 3 bis 6 g genügt eine NaCl-Reduktion auf 8 bis 12 g pro die. Die salzarme Kost läßt sich mit dem neuen Präparat Sedobrol (Roche) mühelos durchführen. Sie kann jahrelang verabreicht werden. Symptome von Bromintoxikation werden durch Gaben von 1—5 g Natriumchlorid, eventuell verbunden mit vorsichtiger Bromreduktion, prompt beseitigt. Bromdermatosen bekämpft man durch Arsen und Ungt. hydrarg., ohne dabei die therapeutische Bromdose zu vermindern. Ein wesentliches Unterstützungsmittel zur Bekämpfung epileptischer Attacken ist das Chloralhydrat.

Reuß (Wien).

Milchwissenschaft und Molkereipraxis.

E. Herrmann und **J. Neumann**. *Über die Lipoide der Gravidität und deren Ausscheidung nach vollendeter Schwangerschaft.* (Wiener klin. Wochenschr., 1912, S. 1558.)

Im Blute Gravider erfolgt eine Retention von Lipoiden, welche im Wochenbette ausgeschieden werden, und zwar in allererster Linie durch die Brustdrüse. Die Milch der ersten Woche enthält gegenüber dem Kolostrum die 100fache Menge an Estern; nach 5 Wochen wird nur mehr ein Zehntel jener Menge durch die Milch ausgeschieden. Reuß (Wien).

Nance. *Essentials of the new Chicago milk ordinance.* (Die neue Chicago-Milchvorschrift.) (Illinois Med. Journ., Januar, 1913.)

Die Bedingungen sind noch strenger als in New York in bezug auf Klassifizierung; Milch mit über 150.000 Bakterien pro Kubikzentimeter darf nur pasteurisiert in den Handel kommen, der Verkauf einer Qualität, die der New Yorker Klasse „C" entspricht, ist nicht gestattet. In bezug auf Aufbewahrung wird bloß eine Temperatur unter 13° gefordert, gegen 10° in New York.

Wachenheim (New York).

Neugeborene.

Vorpahl (Greifswald). *Ein Fall von Melaena neonatorum, hervorgerufen durch Blutung aus angeborenen Phlebektasien des Ösophagus.* (Arch. f. Gyn., Bd. XCVI.)

Am 3. Lebenstage massige Blutungen aus dem After, die in wenigen Stunden zum Tode führen. Bei der Sektion fallen neben einem als kadaverös aufgefaßten scharfrandigen Substanzverlust in der Schleimhaut des Duodenums längs verlaufende dunkelblaue Stränge unter der intakten Epitheldecke der Speiseröhre auf. Sie werden als stark erweiterte Venen angesehen und die mikroskopische Untersuchung bestätigt das. Bei derselben finden sich in der Umgebung der Phlebektasien zahlreiche rote Blutkörperchen frei im Gewebe. Es wird daher angenommen, daß es hier — vielleicht beim Schluckakt — zur Ruptur der Gefäße gekommen ist und daß sich das Blut zum Teil in das Lumen der Speiseröhre ergossen hat. Da sich an der Leber und der Pfortader keine Veränderungen nachweisen ließen, sind die Venenlumina entweder von vornherein zu weit angelegt gewesen oder die Venenwände so ungenügend ausgebildet worden, daß sie dem gewöhnlichen Blutdruck nicht standhalten konnten. Hohlfeld (Leipzig).

Diathesen.

Siess und **Stoerk.** *Das Blutbild bei lymphatischer Konstitution.* (Wiener med. Wochenschr., 1913, S. 1123.)

Die morphologischen Untersuchungen des Blutbildes bei zweifellos lymphatischen Individuen ergaben nicht besonders vom Normalen abweichende Befunde: geringe relative Lymphozytose, Verminderung der Eosinophilen und auffallender Reichtum an Blutplättchen. Ein Unterschied zeigte sich bei der Prüfung der Knochenmarksfunktion; auf Injektion von 40 cm^3 Gelatine ist die leukozytäre Reaktion bei Lymphatikern langsamer und unergiebiger als beim Normalen. Lehndorff (Wien).

R. Lederer. *Über ein noch nicht beschriebenes Krankheitsbild der spasmophilen Diathese.* (Wiener klin. Wochenschr., 1913, S. 286.)

Lederer weist auf das Vorkommen von Spasmen der kleinen Bronchialmuskeln bei spasmophilen Kindern hin. Durch den mitunter lange andauernden Krampfzustand wird das Lumen der Bronchien verschlossen und die in den von der äußeren Luft abgesperrten Alveolen befindliche Luft resorbiert. So entstehen Atelektasen von verschieden großer Ausdehnung. Bei der physikalischen Untersuchung findet man Dämpfung und meist bronchiales Atmen sowie in einzelnen Fällen Rasselgeräusche (infolge Austritts von Flüssigkeit in das freie Lumen der Bronchien); die übrigen Lungenpartien bieten die Zeichen des Emphysems. Die klinischen Erscheinungen bestehen in Dyspnöe, Nasenflügelatmen, inspiratorischen Einziehungen, hochgradiger Zyanose. Es handelt sich um schwerste, tödlich endigende Formen der Spasmophilie. Der Tod kann unter den Zeichen der langsamen Erstickung eintreten. Reuß (Wien).

Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen.

D. Galatti. *Der Homoiomorphismus bei akuten, nichtpustulösen Exanthemen verschiedener Ätiologie.* (Wiener med. Wochenschr., 1913, S. 504.)

Verf. bespricht die Ähnlichkeit der Exantheme aus verschiedenartiger Ätiologie; morbilloide, skarlatiniforme, rubeolenartige bei Arzneiintoxikation und bei Infektionskrankheiten, und weist auf die Schwierigkeiten der Diagnose hin. Lehndorff (Wien).

P. Uhlenhuth und **P. Mulzer.** *Über die Infektiosität von Milch syphilitischer Frauen.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 19, S. 879—881.)

Durch Verimpfung der mikroskopisch spirochätenfreien Milch einer Wöchnerin mit manifester Lues sowie auch der Milch einer

symptomlosen Mutter eines syphilitischen Kindes konnten bei Kaninchen sichere Hodensyphilome erzeugt werden.

Nagel-Hoffmann.

Alexander Perelmann. *Contribution à l'étude du séro-diagnostic de la syphilis par le procédé de Sabrazès-Eckenstein et ses applications en clinique infantile.* (Rev. méd. de la Suisse romande, 1913, Nr. 2.)

Die Sabrazès-Eckensteinsche Reaktion ersetzt in vorteilhafter Weise in der Mehrzahl der Fälle die Wassermannsche Reaktion, besonders wenn letztere nicht ausführbar ist. Sie kann in 2 bis 3 Stunden ausgeführt werden. Das Schema der Technik, welches in der Arbeit enthalten ist, wiederzugeben, würde zuweit führen. Die Reaktion verlangt nur 3 bis 4 cm^3 Blut, also weniger als das Wassermannsche Verfahren. Das Blut wird bei Kindern am besten am Rücken durch blutigen Schröpfkopf entnommen. Auch auf die Hälfte verdünntes Blut gibt noch brauchbare Reaktionen. Das Serum muß frisch sein, es muß mit dem Blutgerinnsel zusammen konserviert werden, es muß auf rote Hammelblutkörperchen hämolytisch wirken.

Max Reber (Basel).

Chambrelent. *Le salvarsan chez le nouveau-né.* (Bericht a. d. Kongreß der Société Obstétricale de France, Paris, 10.—12. Oktober 1912.) (Arch. mens. d'Obstétr. et de Gyn., 1913, XVIII. S. 356.)

Zusammenstellung der in der Literatur vorliegenden Beobachtungen anderer Autoren und außerdem einer Reihe von nicht publizierten Beobachtungen. Auf Grund der neuesten Literatur und seiner eigenen Beobachtungen kommt Verf. zu dem Schlusse, daß die Salvarsanbehandlung beim Neugeborenen, wenn sie auch delikat anzuwenden und nicht vollkommen frei von Gefahren ist, doch gute Dienste leistet, ohne darum die Quecksilber- und Jodbehandlung auszuschließen, welch letztere, wie auch von den überzeugtesten Anhängern der neuen Behandlungsmethode zugegeben wird, eine außerordentlich wichtige Ergänzung der Salvarsanbehandlung bleiben wird. Die indirekte Anwendungsmethode (Salvarsanbehandlung der Amme) hat, wenigstens in Frankreich, weniger ermutigende Resultate ergeben und doch soll sie noch nicht verworfen werden. Sie kommt speziell bei den Fällen in Betracht, bei denen die Amme selbst syphilitische Erscheinungen aufweist, welche direkt eine Indikation für die Salvarsanbehandlung darstellen. Anwendung findet auch nach wie vor beim Neugeborenen die direkte Salvarsanbehandlung, doch soll sie vorsichtig angewendet werden und kommt insbesondere dann in Betracht, wenn der Säugling selbst an Haut oder Schleimhaut schwere spezifische Erscheinungen darbietet oder wenn die Quecksilberbehandlung ungenügende Resultate gibt. An Stelle der namentlich in Deutschland vielfach angewendeten intravenösen Salvarsaninjektion zieht man in Frankreich die subkutane oder intramuskuläre Injektion beim Säuglinge vor, welche sich für Neosalvarsan

besonders gut eignet. Bezüglich der Dosis hält es, zum mindesten für den Moment, Verf. für richtig, nicht über die Maximaldosis von 10 bis 15 mg pro Kilogramm Körpergewicht des Neugeborenen herauszugehen und die Injektion erst zu wiederholen, nachdem man sich von der Toleranz des Kindes für das Medikament überzeugt hat.

Keller (Berlin).

Beitzke. *Nos connaissances actuelles sur les voies d'infection de la tuberculose.* (Rev. suisse de méd., 1913, Nr. 12.)

Der Tuberkulöse ist fast immer ein Sohn eines Tuberkulösen. Noch nie wurde im menschlichem Ei ein Tuberkelbazillus gefunden. Manchmal wird der Kochsche Bazillus bei Phthisikern in der Spermaflüssigkeit gefunden. Ob dadurch eine Infektion stattfinden kann, dafür fehlt ein Beweis. Friedmann injizierte bei Kaninchen unmittelbar nach einem Koitus Tuberkelbazillen in die Scheide und konnte nachher bei den Kaninchenembryonen Tuberkelbazillen nachweisen, aber ohne Reaktion im umgebenden Gewebe. Karlinski infizierte die Hoden eines Ziegenbockes, die jungen Ziegen zeigten tuberkulöse Herde, während die Mutterziege gesund blieb.

Angeborene Tuberkulosen, manifest bei der Geburt, sind äußerst selten, weniger dagegen tuberkulöse Infektionen der Plazenta bei phthisischen Frauen; beim Fötus wurde meistens keine Tuberkulose gefunden.

Werden Kinder von tuberkulösen Frauen gleich nach der Geburt von ihren Müttern getrennt, so bleiben sie meist gesund, ein Beweis gegen die Ansicht, daß bei solchen Kindern eine latente Tuberkulose vorliege. Bei einem Neugeborenen wurde noch nie ein positiver Pirquet beobachtet.

Viele Autoren besonders in Deutschland sind der Ansicht, daß beim Menschen die Mehrzahl der Lungentuberkulosen durch direkte Aspiration des Kochschen Bazillus in die Luftwege verursacht wird.

Viele Österreicher und Franzosen glauben dagegen, daß die Lungeninfektion durch den Verdauungstraktus und die Zirkulation zustande komme, ohne Spuren ihres Durchganges hinterlassen zu müssen. Gegen die Theorie der Infektion via Mundrachenschleimhaut und von da via Lymphwege schließlich zum Lungenhilus sprechen anatomische Verhältnisse (Klappen).

Infektion via Verdauungskanal auf dem Blutwege in alle möglichen Organe, auch in die Lungen, wurde experimentell an Meerschweinchen und Kaninchen nachgewiesen. Die Drüsen in der Nähe der Eintrittspforte erkrankten aber immer am meisten. Untersuchungen an kindlichen Leichen zeigten Beitzke, daß eine primitive Blutinfektion selten ist.

Beim Kinde ist die Drüsentuberkulose vorwiegend, beim Erwachsenen mehr die der übrigen Organe. Der Erwachsene ist nach Verf. sensibler, anaphylaktischer geworden gegenüber dem tuberkulösen Virus, die Bazillen können nicht mehr in die lymphatische Zirkulation

eintreten. Verf. kommt zum Schlusse, daß die Aspiration mit Tuberkelbazillen in die Lungen die häufigste Infektionsmöglichkeit bei Erwachsenen darstellt.

Die isolierte Intestinaltuberkulose ist im Vergleich zur Lungentuberkulose viel seltener.

Latent trifft man Tuberkelbazillen häufiger in den Drüsen des Darmtraktes als in denjenigen der Luftwege. Versuche an Meerschweinchen haben gezeigt, daß es 6 millionenmal mehr Bazillen braucht, um auf digestivem Wege eine Tuberkulose zu erzeugen als via Luftwege. Der Darmtraktus, der von Geburt an sehr viele Bakterien beherbergt, erwirbt mit der Zeit eine gewisse Insensibilität bakteriellen Reizungen gegenüber. Die Lungen, die für gewöhnlich nur wenig Bakterien enthalten, sind vielleicht infolge ihrer Armut an Fermenten für das Eindringen von Kochschen Bazillen besonders disponiert. Außer Lungen und Verdauungstraktus werden die meisten anderen Organe auf dem Blutwege infiziert. Max Reber (Basel).

Poduschka. *Über die Behandlung der Tuberkulose mit Tuberkulomuzin Weleminsky.* (Wiener med. Wochenschr., 1913, S. 387.)

Bericht über gute Erfolge bei 34 Patienten. Bei Kindern wurde mit 2 mg begonnen. Lokalreaktion und Fieber ist oft bedeutend. Besonders günstig wirkte die Behandlung (wöchentlich eine Injektion) auf Appetit, Gewicht und auf Drüsen- und Hauttuberkulose.

Lehndorff (Wien).

R. Lawatschek. *Zur Prognose der Säuglingstuberkulose.* (Wiener klin. Wochenschr., 1913, S. 51.)

Verf. berichtet über die Pirquet-positiven Säuglinge der Epsteinschen Klinik und führt als besonders bemerkenswert einen Fall an, welcher trotz frühzeitig positiver Kutanreaktion (38. Lebenstag) nach einer nicht ganz sicher charakterisierbaren Lungenerkrankung und einer im Alter von 4 Monaten aufgetretenen tuberkulösen Osteoperiostitis sich bis ins dritte Lebensjahr ohne weitere Störungen entwickelte. Reuß (Wien).

E. Sluka. *Ein weiterer Beitrag zur Hilustuberkulose des Kindes im Röntgenbild.* (Wiener klin. Wochenschr., 1913, S. 254.)

Sluka verfügt nunmehr über 38 Fälle der von ihm im Vorjahre beschriebenen röntgenologisch nachweisbaren Hilustuberkulose der Kinder. Im Gegensatze zu Eisler, welcher den dreieckigen Schatten in der Hilusgegend als Produkt einer in der Nähe des primären Lungenherdes gelegenen pleuritischen Schwarte auffaßt, hält Sluka das Schattengebilde für ein Lungeninfiltrat um die Hilusdrüsen nach Übergreifen des tuberkulösen Prozesses von der Drüse durch die Kapsel auf dem Wege des Bronchus. Die Hilustuberkulose kann als Reaktivierung einer latenten Drüsentuberkulose aufgefaßt werden; unter den auslösenden Momenten kommt der Masern- und Keuch-

lustenerkrankung die größte Bedeutung zu. Die Hilustuberkulose beginnt sich nie vor dem dritten Lebensjahre zu entwickeln, erreicht den Höhepunkt ihrer Häufigkeit im 6. und 7. Lebensjahre und klingt dann allmählich ab; über das 11. Jahr hinaus wurde der Schatten bisher nie beobachtet. Die Erkennung der Hilustuberkulose in ihren ersten Stadien ist wohl nur röntgenologisch möglich. Auch in späteren Stadien ist der physikalische Befund oft negativ oder doch sehr dürftig. Am ehesten verwertbar ist der Perkussionsbefund im Bereiche der vorderen Thoraxpartien, besonders eine rechts an die Herzdämpfung anschließende und gegen die Axilla zu verschwindende Schallverkürzung. Von den 38 Fällen sind im Laufe von 1 bis 2½ Jahren nur 3 gestorben; 7 können als klinisch und röntgenologisch geheilt bezeichnet werden. In Anbetracht der bei entsprechend frühzeitig beginnender rationeller Behandlung relativ nicht ungünstigen Prognose ist das Erkennen dieser Form der Kindertuberkulose für den Kinderarzt von größter Bedeutung. Reuß (Wien).

H. Koch. *Entstehungsbedingungen der Meningitis tuberculosa.* (Wiener klin. Wochenschr., 1913, S. 247.)

Koch hat ein Material von mehr als 300 Meningitisfällen in eingehendster Weise bearbeitet. Er bespricht die zeitlichen Verhältnisse des Auftretens der Erkrankung, das Alter der erkrankten Kinder, den Einfluß des Ernährungszustandes und der Ernährung, das Geschlecht, die Heredität und die der Meningitis vorausgehenden Erkrankungen. Endlich wird auf die Ergebnisse der von Ghon ausgeführten Sektionen eingegangen, welche die Tatsache erwiesen haben, daß die zur Meningitis tuberculosa führende Aussaat mindestens in 45% der Fälle von den Veränderungen des Primäraffekts und der im Zusammenhange damit erkrankten Lymphdrüsen ausgeht; als zweite wichtige Tatsache hat sich ergeben, daß sich die alten tuberkulösen Prozesse mit wenigen Ausnahmen noch immer im Stadium der vollen Aktivität befinden, woraus der Schluß gezogen werden kann, daß wir den auslösenden Momenten nur dann eine große Bedeutung für die Entstehung der Meningitis beizumessen haben, wenn zu gleicher Zeit aktive tuberkulöse Prozesse im Körper vorhanden sind. Ruft eine massige Infektion in einem noch tuberkulosefreien, demnach schutzlosen Organismus eine mächtige Entwicklung der Tuberkelbazillen hervor, so vermag der wenig widerstandskräftige Organismus des jungen Kindes nicht genügend Schutzkörper aufzubringen. Der tuberkulöse Prozeß bleibt aktiv und es braucht nur eines — von dem tuberkulösen Herd selbst ausgehenden oder durch äußere Momente bedingten — Anstoßes, um eine plötzliche Bazillenaussaat herbeizuführen. Reuß (Wien).

Charles Mc. Neil. *Tuberculosis in infancy and childhood.* (Brit. med. Journ., 21. September 1912.)

Vergleichung der Resultate mit Pirquetscher Impfung an 631 Kindern in Wien (Hamburger) und an 371 Kindern in Edin-

burgh (Verf.). Die Kurve von Edinburgh steigt in den ersten 4 Jahren steiler an (mit 4 Jahren 46·6% Positive gegen 37·9% in Wien); später bleibt sie zurück (mit 11 bis 14 Jahren 55·0% gegen 73·8%). Verf. schließt aus dem höheren Prozentsatz an positiven Reaktionen in den ersten Lebensjahren, daß in Edinburgh die Infektion durch Milch eine wesentliche Rolle spielt; die Tatsache, daß Abdominaltuberkulose in Edinburgh häufiger ist als in Wien, deutet er in demselben Sinne. Das bessere Ergebnis in den späteren Jahren verdanke Edinburgh seinen Maßnahmen gegen die Tuberkulose. Eckhardt.

Mandelbaum (München). *Ein merkwürdiges Phänomen bei Meningitis tuberculosa post mortem.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 22.)

Klarer Liquor, der vor dem Tode keine nachweisbaren Tuberkelbazillen enthalten hatte, erwies sich bei erneuter, post mortem vorgenommener Punktion als getrübt und massenhaft durchsetzt von eigentümlichen großen einkernigen Zellen und von polynukleären Leukozyten mit Tuberkelbazillen.

Ganz ähnliche Resultate ergaben sich bei anderen Fällen von Meningitis tuberculosa. Nur bei 2 Kindern fehlten die Tuberkelbazillen, während die großen Einkernigen vorhanden waren.

Mandelbaum hält diese Zahlen für Makrophagen, die aus den absterbenden Geweben, insonderheit den weichen Häuten des Zentralnervensystems, auswandern.

Bei tuberkulösen Inidividuen ohne meningeale Erkrankungen war der Liquor post mortem stets klar und zellfrei. Klotz.

Dora Mantoux. *Contribution à l'étude de la tuberculose du nourrisson.* (Thèse de Paris, 1912.)

Eingehende, auch die deutsche pädiatrische Literatur gewissenhaft berücksichtigende Studie aus der Marfanschen Klinik.

Klotz.

Dubois. *Differential diagnosis and treatment of epidemic cerebrospinal meningitis.* (Differentialdiagnose und Behandlung der Zerebrospinalmeningitis.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 15. März 1913.)

Namentlich beim Fehlen einer wahren Epidemie wird diese Diagnose gewöhnlich falsch gestellt; sie ist in kaum einem Fünftel der Fälle richtig und tuberkulöse Meningitis ist bedeutend häufiger. Fast ein Drittel der berichteten Fälle sind ganz frei von Erkrankungen des Nervensystems und sind Beispiele des sogenannten Meningismus. Merkwürdig war hier in den letzten Sommern die große Zahl der zerebralen Kinderlähmungen, die leicht zu Verwechslung mit epidemischer Meningitis führen.

In bezug auf die Therapie wird notiert, daß die Serumbehandlung bei basilaren Fällen versagt, sonst kann man die Mortalität nach

derselben auf etwa 25% schätzen, gegen wenigstens 75% vor Einführung des Heilserums. Die Prognose ist bei Kindern wesentlich günstiger als bei Erwachsenen. Wachenheim (New York).

Hirsch. *Irrigation of the spinal canal as a preliminary to the introduction of Flexners antimeningitic serum.* (Irrigation des spinalen Kanals vor Einspritzung des Heilserums.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 15. März 1913.)

Verf. meint, daß durch vorangehende Ausspülung mit physiologischer Kochsalzlösung (38° C) das Heilserum bessere Wirkung entfaltet; beide berichteten Fälle genasen und die Prozedur scheint wegen ihrer Harmlosigkeit angezeigt. Wachenheim (New York).

C. Kling. *Die Ätiologie der Kinderlähmung.* (Wiener klin. Wochenschr., 1913, S. 41.)

Gemeinschaftlich mit Pettersson und Wernstedt ausgeführte Untersuchungen ergaben, daß die Erreger der Poliomyelitis wahrscheinlich konstant im Sekrete der Nase, Mundhöhle, des Rachens und im Darminhalte von Patienten mit typischen Symptomen im akuten Stadium vorkommen; nach Leichenuntersuchungen zu schließen, sind sie auch im Trachealsekrete vorhanden. Auch die Schleimhautsekrete von Individuen mit sehr leichten Krankheitssymptomen und von ganz gesunden Personen in der Umgebung von Kranken erwiesen sich als virulent. Die Mikroben verbleiben auf den Schleimhäuten längere Zeit nach Ablauf des akuten Stadiums, wenn sie auch bald an Virulenz zu verlieren scheinen. Das Kinderlähmungsvirus hat wahrscheinlich die Tendenz, sich stark zu verbreiten; doch scheint der Parasit im allgemeinen nur dann ernstere Krankheitsäußerungen hervorzurufen, wenn er empfindliche Individuen befällt. Vielleicht ruft das Virus gewöhnlich nur leichte Erkrankungen hervor (Abortivfälle) und erlangt nur zu gewissen Zeiten eine erhöhte Giftigkeit. Die bisweilen beobachtete Erscheinung, daß die Krankheit auf dem Lande in intensiverer Ausbreitung auftritt als in Städten, ist vielleicht dadurch zu erklären, daß in dichter bevölkerten Gegenden sich die Kinderlähmungsmikroben in ihrer leichteren Form auf den größeren Teil der Bevölkerung ausbreiten und bei dieser eine Immunität hinterlassen, welche sie zur Zeit einer bösartigeren Epidemie vor der Erkrankung schützt. Reuß (Wien).

Trumpp (München). *Erkrankung von Geschwistern an Heine-Medinscher Krankheit.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 19.)

Enthält sehr interessante Mitteilungen über eine Familienendemie. Die aufgetretenen Paresen gingen überaus schnell und restlos zurück. Die Art der Erkrankung stellt nach Verf. demnach einen Übergang zwischen den abortiven Formen Wickmans und den vollausgebildeten typischen Lähmungsformen dar, wie sie ähnlich von E. Müller als rudimentär beschrieben worden sind. Eine Infektionsquelle konnte nicht ermittelt werden.

Das zuerst erkrankte $1^3/_4$jährige Kind wurde von einem Rezidiv betroffen. Es wurden aber nicht, wie es gewöhnlich der Fall zu sein pflegt, dieselben Extremitäten und schwerer als beim ersten Mal ergriffen. Das Rezidiv verlief vielmehr leichter als die erste Erkrankung und befiel den bisher gesund gebliebenen Arm.

Trumpp glaubt, daß nach Lage der Dinge eine familiäre Disposition nicht abzuleugnen ist. Von 10 Geschwistern erkrankten 3; eines hatte bereits vor vielen Jahren eine Poliomyelitis überstanden (blieb jetzt aber frei). Ein älterer Bruder ist in einer Idiotenanstalt. Der zuletzt an Poliomyelitis erkrankte Junge versuchte später Rezidive zu mimen, wurde aber von Trumpp entlarvt. Jedenfalls eine Familie mit neuro-psychopathischer Veranlagung.

Therapeutisch empfiehlt Trumpp Versuche mit dem Pyozyanasespray. Klotz.

George H. Weaver und **Ruth Tunnicliff.** *Über die Wirkung des Antistreptokokkenserums bei Streptokokkeninfektionen des Menschen.* (Journ. infect. dis., X, S. 321–331.)

Anstatt auf statistischem Wege an zahlreichen Fällen versuchten die Verff. ein Urteil über die Wirksamkeit des Antistreptokokkenserums dadurch zu gewinnen, daß sie bei schweren Streptokokkeninfektionen (Erysipel, Scharlach) den Einfluß des polyvalenten Serums auf den opsonischen Index und die phagozytäre Wirksamkeit gleichzeitig mit den Änderungen des klinischen Bildes verfolgten. Gewöhnlich setzte 24 Stunden nach der intramuskulären Seruminjektion sichtliche Besserung im Zustand der Kranken ein. Damit verbunden war ein Ansteigen des opsonischen Index. Ebenso stieg die phagozytäre Wirksamkeit der Leukozyten der Patienten nach der Injektion. Beim Kaninchen erfolgte das Ansteigen des opsonischen Index innerhalb 10 Minuten nach intravenöser Injektion des Serums, während nach intramuskulärer 2 und nach subkutaner Injektion 24 Stunden dazu erforderlich waren. H. Vogt.

Max Senator (Berlin). *Weiteres über ätiologische Beziehungen zwischen Rheumatosen und nasalen Erkrankungen.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 19, S. 894—895.)

Nach Rachenmandeloperation trat in zwei Fällen etwa 9 Tage später typische Chorea minor auf. Nagel-Hoffmann.

William P. S. Branson. *The avenues of rheumatic infection based upon examination of 75 cases of Sydenhams chorea.* (Brit. med. Journ., 23. November 1912.)

Rheumatische Zustände und Chorea entstehen durch dasselbe infektiöse Agens; Eintrittspforte sind bei beiden Krankheiten die oberen Luftwege (Verf. fand in 88% seiner 75 Choreafälle teils Vergrößerung der Tonsillen oder der regionären Drüsen, teils Affektionen des Rhinopharynx). Bei der klinischen Bedeutung aller rheumatischen

Zustände (die Hälfte aller Todesfälle in den Londoner Schulen für körperlich defekte Kinder ist auf Herzkrankheiten zurückzuführen; 86% davon sind erworbene) ist sorgfältigste Behandlung aller pathologischen Zustände der oberen Luftwege geboten.

Eckhardt.

Mead. *Scarlet Fever: is desquamatory stage contagious.* (Ansteckungsfähigkeit des Abschuppungsstadiums des Scharlachfiebers.) (Med. Rec., 15. Februar 1913.)

Verf. schließt sich der wachsenden Meinung an, daß die Ansteckungsgefahr des Scharlachfiebers während der Abschuppung erlischt. In diesem Stadium erfolgt Infektion bloß durch etwaige Eiterungsprozesse in den Ohren oder oberen Luftwegen, nicht durch die Hautschuppen; übrigens ist Übertragung in den späteren Wochen im ganzen verhältnismäßig selten. Wachenheim (New York).

C. H. Phillips. *On isolation in scarlet fever.* (Brit. med. Journ., 17. August 1912.)

Phillips verlangt Scharlachhospitäler, in denen jeder Patient besonders isoliert werden kann (z. B. durch Glaswände). Er erwartet, daß die entstehenden Kosten dadurch ausgeglichen werden, daß leichte Fälle früher entlassen werden können, während dieselben beim Aufenthalte in dem gleichen Raume mit Schwerkranken von diesen infiziert und so zu Schwerkranken gemacht würden. Bestehende Schuppung sei kein Gegengrund, geheilte Patienten schon nach 4 Wochen zu entlassen. Eckhardt.

F. Schleißner. *Ätiologie des Scharlachs. I.*

G. Bernhard. *Ätiologie des Scharlachs. II.* (Ergeb. d. inneren Med. u. Kinderheilk., Bd. X. S. 342 u. 358.)

Die erste Abhandlung beschäftigt sich mit der Rolle der Streptokokken, die letztere mit der der Protozoen.

Schleißner kommt nach Sichtung des Materials zu dem Schluß, daß den Streptokokken jedenfalls eine wichtige Bedeutung zukommt. Man findet sie konstant oder nahezu konstant in den verschiedensten Organen Scharlachkranker, es scheinen biologische Unterschiede zwischen Scharlachstreptokokken und pyogenen Streptokokken zu bestehen, und schließlich wird die Möglichkeit der Immunisierung durch Scharlachstreptokokkenvakzine behauptet. Gegen die Ätiologie der Streptokokken spricht freilich immer noch der Mangel ihres Nachweises in den ersten Tagen und bei den foudroyanten Fällen, so daß gegen diese späteren Befunde der Einwand der Sekundärinfektion geltend gemacht werden kann, sowie die — im Gegensatz zu sonstigen Streptokokkenkrankheiten — beim Scharlach so starke Immunität.

Bernhard spricht sich dagegen zusammenfassend darin aus, daß die experimentellen Forschungen mit großer Wahrscheinlichkeit

dafür sprechen, daß es sich beim Scharlach nicht um Streptokokken, überhaupt nicht um Bakterien handle, daß sie aber in positiver Hinsicht bisher über den Erreger des Scharlachs nichts Sicheres ergeben haben. Weitere Aufschlüsse sind vorerst nur vom Affenexperiment mit möglichst virulentem Scharlach, also bei schwerer Epidemie zu erwarten. W. Freund (Breslau).

E. v. Behring (Marburg). *Über ein neues Diphtherieschutzmittel.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 19, S. 873—876.)

Zu seiner neuen aktiven Immunisierung gegen Diphtherie gebraucht v. Behring ein Gemisch von Diphtheriegift und -antitoxin, das für Meerschweinchen nahezu ungiftig ist, beim Menschen aber oft enorme Antitoxinproduktion auslöst. Der Antikörpergehalt hält sich durch lange Zeit — v. Behring meint, für 2 Jahre mindestens — auf einer für den Schutz gegen die Infektion ausreichenden Höhe. Auch die passive Immunisierung mit diesem Menschenserum ist länger wirksam, als die mit Pferdeserum. v. Behring gibt genaue Dosierungsvorschriften — besonders empfindlich sind Kinder von 1 bis 4 Jahren und Diphtheriebazillenträger — und eine Liste der Bedingungen, unter denen er schon jetzt sein neues Mittel abgibt. Nagel-Hoffmann.

Dritte Mitteilung über v. Behrings ein neues Diphtherieschutzmittel. (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 21, S. 978—982.)

1. Zangemeister, Marburg. Die Anwendung des neuen Diphtherieschutzmittels in der Marburger Frauenklinik.

Versuche an Wöchnerinnen und Neugeborenen zur Feststellung der Reaktionsschwelle. Die Neugeborenen waren auffallend tolerant, während bei einer Frau mit früher überstandener Diphtherie auf sehr viel kleinere Menge des Mittels unter Fieber eine kolossale Antikörperproduktion erfolgte. Das Blut der Säuglinge konnte auf den Antitoxingehalt nicht geprüft werden.

2. Viereck. Technische und theoretische Bemerkungen zur Anwendung des neuen Diphtherieschutzmittels.

Das Mittel ist möglichst verdünnt anzuwenden, denn bei stärkerer Konzentration wird die krankmachende Wirkung größer, die immunisatorische kleiner. Die Injektion wird subkutan gemacht; als Reaktion gilt Quaddelbildung an der Injektionsstelle. Beschreibung von Römers Intrakutanmethode zur Bestimmung des Diphtherieantitoxingehaltes.

3. E. v. Behring. Anhang.

Hervorhebung der Empfindlichkeitsunterschiede, deren Ursache v. Behring in früherer Infektion mit dem Diphtherievirus sieht. Nagel-Hoffmann.

E. Schreiber (Magdeburg). *Zur Prophylaxe und Therapie der Diphtherie.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 20, S. 929—931.)

Die von v. Behring vorgeschlagene aktive Immunisierung hat sich bei vollkommener Unschädlichkeit als durchaus wirksam zur Anti-

toxinproduktion erwiesen, allerdings tritt die Wirkung erst nach 23 bis 25 Tagen auf. Für die Behandlung der Diphtherie empfiehlt Schreiber große Dosen des Di-Serums intramuskulär respektive intravenös, warnt aber vor Unterschätzung der Anaphylaxiegefahr unter Anführung zweier Fälle, wo die erste Injektion über 1 Jahrzehnt zurücklag. Für die Behandlung der Mischinfektionen empfiehlt er die lokale Applikation von Salvarsan respektive Neosalvarsan.

Nagel-Hoffmann.

William Alexander. *The nature and treatment of epilepsy.* (Brit. med. Journ., 23. November 1912.)

Eine möglichst zeitig einsetzende, kontinuierliche und durch Jahre fortgesetzte Behandlung der Epilepsie führt zu guten Resultaten. Wesentlich dabei ist zweckmäßige Ernährung (3 Mahlzeiten, nur einmal Fleisch) und Erziehung beziehungsweise Beschäftigung; erst in zweiter Linie medikamentöse Behandlung (Bromnatrium). Operation („Fenestratio" der Dura mater) ist zu empfehlen in Fällen von Herdepilepsie, bei denen nur Ödem, kein Tumor oder gröbere Läsion besteht. Eckhardt.

G. Schwaer (Heidenscheid). *Über die hämatologische Diagnose der Röteln.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 22.)

Auf dem Höhepunkte des Exanthems eine Leukozytose mit einer nicht unbedeutenden relativen Lymphozytose, dagegen normale Eosinophile.

Im Gegensatze hierzu findet sich bei Masern eine Abnahme der Eosinophilen während der Akme und eine leichte Leukopenie.

Klotz.

A. Singer. *Pertussis.* (Wiener klin. Rundschau, 1913, S. 230.)

Empfehlung des Präparates „Pilka" (Dialysatum herbae thymi und pinguiculae Golaz). Reuß (Wien).

Thomas W. Dewar. *Whooping-cough treated by intravenous injections of jodoform.* (Brit. med. Journ., 21. September 1912.)

Verf. berichtet über einen Fall (15 Jahre alt) von Keuchhusten, der durch intravenöse Injektion von Jodoform in kurzer Zeit geheilt wurde. Leider sei diese bei Lungenaffektionen als erfolgreich erprobte Therapie bei jüngeren Individuen wegen der Enge der Venen nicht anwendbar. Eckhardt.

G. V. Fletcher. *Adrenalin in whooping-cough.* (Brit. med. Journ., 28. Dezember 1912.)

Verf. behandelte 4 Fälle von Keuchhusten mit Adrenalin per os. Der erste Fall heilte in 14 Tagen, die übrigen durchschnittlich in 3 Wochen. Eckhardt.

Respirationsapparat.

Thomas. *A study of empyema, with special reference to the feasibility and importance of dependent drainage.* (Die Ausführbarkeit und Wichtigkeit der Senkungsdrainage beim Empyem.) (Americ. Journ. Med. Sciences, März und April 1913.)

Bei möglichst tiefer Inzision kann der Verlauf des Empyems wesentlich gekürzt werden; Heilung erfolgt gelegentlich in 4 bis 5 Wochen und die sonst vielfach berichtete Ausdehnung auf 3 Monate kam bei keinem Falle vor. Es wäre wünschenswert, diese Verbesserung im chirurgischen Eingriff weiter auszuprobieren.

Wachenheim (New York).

Lymphatischer Apparat.

G. Brecher. *Adenoide Vegetationen.* (Prager med. Wochenschr., 1913. S. 175.)

Vortrag, in welchem Vorkommen, Symptome und Therapie der adenoiden Vegetationen eingehend erörtert werden. Reuß (Wien).

Innere Sekretion.

Morse. *A case of abnormal physical and sexual development in an infant of 2 years, probably due to a tumor of the pineal gland.* (Abnorme physikalische und sexuelle Entwicklung bei einem 2jährigen Kinde, wahrscheinlich infolge einer Zirbeldrüsengeschwulst.) (Arch. of Ped., März 1913.)

Die Knochenentwicklung entsprach dem 6. Lebensjahre, das Wachstum dem 4., die sexuellen Organe etwa dem 14. Die Intelligenz war aber eher subnormal. Die ätiologische Diagnose konnte natürlich über eine Vermutung nicht hinausgehen.

Wachenheim (New York).

Verdauungsapparat.

H. Wollin. *Chronische Intussuszeption als Folge einer überstandenen Appendizitis.* (Prager med. Wochenschr., 1913, S. 5.)

12jähriges Mädchen, bei welchem sich im Anschlusse an eine Appendizitis nach zirka ½ Jahr eine Invagination von Zökum, Appendix und Ileozökalostium entwickelte. Operation.

Reuß (Wien).

Gertrud Bien. *Über einen Fall von Ileus, hervorgerufen durch Obliteration eines Mekelschen Divertikels.* (Wiener med. Wochenschr., 1913, S. 824.)

Ein 2 Monate alter Säugling hatte neben den Zeichen einer chronischen Ernährungsstörung ein hochgradig aufgetriebenes Abdomen und eine Hernie, keine abnorme Peristaltik. Bei der Obduktion fand sich ein als obliteriertes Mekelsches Divertikel zu deutender Strang, der mit dem rechten Hoden verwachsen war und die Abknickung des Ileums veranlaßt hatte. Lehndorff (Wien).

Louis Exchaquet. *A propos d'un cas de maladie de Hirschsprung.* (Rev. suisse de méd., 1913, Nr. 13.)

Außer den typischen Symptomen, wie Auftreibung des Abdomens, Obstipation, sichtbare peristaltische Bewegungen, war noch heftiges Erbrechen nach den Mahlzeiten vorhanden. Bei der Autopsie wurde kein nechanisches Hindernis gefunden. Das Kolon zeigte eine beträchtliche Muskelhypertrophie. Auch die Nervenplexus waren hypertrophisch. Betreffs Röntgenuntersuchung bekam das Kind Wismut und starb 2 Tage darauf bei hohen Temperaturen. Genaue chemische Untersuchungen schlossen eine Bismutvergiftung aus. Verf. glaubt, daß resorbierte Toxine als wahrscheinliche Todesursache anzuschuldigen seien. Max Reber (Basel).

R. Steiner. *Mitteilungen über einen Fall von Hirschsprungscher Krankheit.* (Wiener klin. Wochenschr., 1913, S. 622.)

9jähriger Knabe, bei dem sich im Anschlusse an eine dysenteriforme Darmaffektion im Laufe von 2 Jahren der Hirschsprungsche Symptomenkomplex entwickelte, wozu er durch sein (radioskopisch und rektoskopisch festgestelltes) Makrokolon und Megasigmoideum prädisponiert gewesen sein dürfte. Systematische Darmentleerungen durch hohe Einläufe, Atropininjektionen, Nux vomica, vorsichtige Massage und Faradisation waren von gutem Erfolge.

Reuß (Wien).

Urogenitalapparat.

H. Anscherlik. *Kasuistischer Beitrag zur kindlichen Hydronephrose.* (Wiener klin. Wochenschr., 1913, S. 1742.)

Hydronephrose infolge kongenitaler Anomalie des Ureters (Klappenbildung). Vergrößerung des Bauches wurde im 3. Lebensmonate bemerkt. Wegen rascher Zunahme des Bauchumfanges nach einem Trauma Operation im Alter von $3^1/_4$ Jahren. Heilung

Reuß (Wien).

L. Jehle. *Beitrag zur sogenannten „Marschhämoglobinurie".* (Wiener klin. Wochenschr., 1913, S. 325.)

Mitteilung zweier Hämoglobinuriefälle, welche beide auch orthotische Albuminurie zeigten. In einem Falle konnte während der Hämoglobinurieperiode durch Lordosierung außer der Albuminurie auch eine Hämoglobinurie ausgelöst werden, während hierbei später nur Eiweiß, aber kein Blutfarbstoff ausgeschieden wurde. Jehle schließt daraus, daß die Grundursachen der Hämoglobinurie und Albuminurie getrennt werden müssen und daß die Lordose bloß zur Zeit eines „Hämoglobinurieanfalles" als ein provozierendes Moment der Hämoglobinurie angesehen werden darf.

Reuß (Wien).

K. Dietl. *Zur Pathologie der lordotischen Albuminurie.* (Wiener klin. Wochenschr., 1913, S. 258.)

Ein und dasselbe Individuum scheidet bei gleicher Lordose nicht stets die gleiche Quantität Albumen aus. Für diese Schwankungen der Eiweißausscheidung sind vasomotorische Momente verantwortlich zu machen. Die „Orthostatiker" sind meist auch „Vasomotoriker". Ein robustes Vasomotorensystem vermag die durch die Lordose verursachten Zirkulationsstörungen ganz oder teilweise auszugleichen, während dies ein labiles Vasomotorensystem nicht oder nicht immer imstande ist. Bei Kräftigung des letzteren kann die Albuminurie geringer werden oder schwinden. Die lordotische Albuminurie soll deshalb, neben der Korrektur der Lordose, auch durch Beeinflussung des Gesamtorganismus (z. B. durch Arsendarreichung) bekämpft werden. Reuß (Wien).

L. Jehle. *Über die Wirkung neuer Korrektionsversuche der Wirbelsäule bei der orthotischen Albuminurie.* (Wiener klin. Wochenschr., 1913, S. 324.)

Läßt man einen Patienten mit lordotischer Albuminurie bei aufrechter Stellung ein Bein im Hüft- und Kniegelenk rechtwinklig beugen und stellt das Bein in dieser Position auf eine entsprechende Unterlage, so sieht man die Lordose sofort verschwinden. Ist vorher eine Albuminurie vorhanden gewesen, so verschwindet dieselbe nach 10 bis 15 Minuten vollständig, um nach wenigen Minuten wieder aufzutreten, wenn das erhobene Bein auf den Boden gebracht wird.

Manche Kinder mit ausgesprochener Lordose klagen über lästige Schmerzen an den Rippenbögen, welche nach längerem Stehen oder Gehen auftreten. Die Schmerzen schwinden sofort, wenn man die Lordose in einem Mieder entsprechend korrigiert. Reuß (Wien).

H. Abels. *Über Harnblasenerkrankungen bei kleinen Mädchen durch bisher nicht beobachtete Fremdkörper.* (Wiener klin. Wochenschr., 1912, S. 1833.)

Bericht über 2 Fälle von Zystitis bei kleinen Mädchen, welche durch Einbringung von Papier oder sonstigem aus Faserstoff be-

stehenden Material in die Blase hervorgerufen worden war. Die sonderbare Ätiologie wurde durch den Abgang von Fasern aufgedeckt, die in dem zweiten, leichteren Fall nur durch mikroskopische Untersuchung nachgewiesen werden konnten. Reuß (Wien).

Bewegungsapparat.

Charles M. Kennedy. *Acute epiphysitis.* (Brit. med. Journ., 20. Juli 1912.)

Der Bericht des Verf. stützt sich auf 298 Fälle von akuter Epiphysitis (genauer „akuter juxta-epiphysealer Diaphysitis"). Die Infektion erfolgt durch die Blutbahn, ausgehend am häufigsten von Eiterungen auf der Haut, seltener von anderen Körperstellen; die häufigsten Erreger sind Staphylokokken. Trauma spielt eine große Rolle; dadurch erklärt sich auch das Überwiegen des männlichen Geschlechtes vom 7. Jahre aufwärts, da Knaben und Männer eben häufiger Traumen akquirieren. Die Diagnose ist in typischen Fällen nicht schwer zu stellen; bei leichteren Fällen sind Verwechslungen mit monartikulärem Gelenkrheumatismus und einigen selteneren Affektionen möglich. Die Prognose ist ungünstig: 34·6% Mortalität; ferner tritt vollständige Heilung recht selten ein. Die Behandlung besteht in möglichst frühzeitigem und ausgiebigem chirurgischen Eingriffe. Die Resultate der Vakzination sind bis jetzt schlechte.

Eckhardt.

Psychologie und Psychopathologie.

F. Hamburger. *Über den Mechanismus psychogener Erkrankungen bei Kindern.* (Wiener klin. Wochenschr., 1912, S. 1773.)

Derselbe. *Über psychische Behandlung im Kindesalter.* (Ebenda, 1913, S. 281.)

In zwei sehr lesenswerten Aufsätzen bespricht Hamburger die Entstehung und Behandlung einiger Kindererkrankungen, die er als „psychogene" bezeichnet. Der Mechanismus aller dieser Erkrankungen läßt sich auf folgende schematische Erklärung zurückführen: „Irgend ein ein- oder mehrmaliger Reiz hat bei einem Individuum einen unbedingten Reflex ausgelöst, d. h. das betreffende Individuum mußte auf Grund des angeborenen Empfindlichkeitsgrades seines Nervensystems auf den betreffenden Reiz mit einem entsprechendem Reflex antworten. Ist dieser Reflex ein- oder mehrmal abgelaufen, ist die Erinnerung an ihn wegen der damaligen

Begleitumstände sehr lebhaft, so kann durch willkürliche oder unwillkürliche Reproduktion, das ist Erinnerung, automatisch eben derselbe Reflex ausgelöst werden." Das Tatsächliche, das jeder psychogenen Erkrankung zugrunde liegt, ist entweder ein rein psychisches Trauma oder ein physikalisches Trauma, das von Schreck oder irgend einer andern psychischen Erregung begleitet ist, oder eine Erkrankung. Eine solche kann entweder psychogen aggraviert werden, oder die Krankheitssymptome treten nach Abheilung der eigentlichen Krankheit infolge irgend eines Reizes oder der Erinnerung allein wieder auf (Pertussis, Stimmritzenkrampf). In analoger Weise wie das Vorstellungsleben im wachen Zustand kann auch das des Schlafes, d. i. der Traum, die verschiedensten Reflexvorgänge beeinflussen. Von dieser Vorstellung ausgehend, gewinnt man eine Einsicht in das Wesen des Pavor nocturnus, der Enuresis nocturna. Die Stereotypie dieser Erscheinungen ist durch das oft täglich gleichmäßige Wiederkehren eines Traumes zu erklären.

Die Behandlung psychogener Erkrankungen ist entweder eine ätiologische — Beseitigung des psychischen Traumas (z. B. bei der Schülerneurasthenie) — oder beruht auf der Methode der Ablenkung. In den meisten Fällen genügt beim Kinde die Suggestivbehandlung. Die Behandlung mit Wachsuggestion ist schon vom zweiten Lebensjahr an mit Erfolg verwendbar und hat nicht nur auf Krankheitserscheinungen, die im wachen Zustande, sondern auch auf solche, die im Schlafe auftreten, einen wesentlichen Einfluß. Auch die eine organische Erkrankung begleitenden oder ihr folgenden psychogenen Erscheinungen, die Hamburger als „psychogenen Rest" bezeichnet, wie z. B. das neurotische oder psychogene Stadium des Keuchhustens, können durch Suggestivbehandlung beseitigt werden. Von ausschlaggebender Bedeutung für den Erfolg der psychischen Behandlung — sei es, daß ein Medikament verabreicht oder der faradische Strom in Anwendung gebracht wird — ist die Persönlichkeit des Arztes, die Sicherheit seines Auftretens. Reuß (Wien).

Neurologie und Psychiatrie.

H. Rosenhaupt. *Die medikamentöse Therapie des nervösen Erbrechens im frühen Kindesalter.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 16, S. 752.)

Anwendung von Anästhesin in 2- bis 3%iger gummöser Lösung kaffeelöffelweise vor der Nahrungsaufnahme beseitigt die Überempfindlichkeit der Magenschleimhaut prompt.

Nagel-Hoffmann.

D. Danielopolu. *Diagnostik der Meningitis mittels der Taurocholnatriumreaktion.* (Wiener klin. Wochenschr., 1912, S. 1476.)

Die Zerebrospinalflüssigkeit übt auf die hämolytische Eigenschaft einer 1%igen Taurocholnatriumlösung eine hemmende Wirkung

aus. Dieses Vermögen ist in der Zerebrospinalflüssigkeit von Meningitiskranken gesteigert; die verschiedenen Formen der Meningitis zeigen beinahe denselben Grad der antihämolytischen Wirkung. Die Taurocholreaktion (deren Technik genau angegeben ist) ist diagnostisch von großer Bedeutung, da sie einerseits schon im Beginne einer meningitischen Erkrankung positiv ausfällt, anderseits in Fällen von „Meningismus" stets negativ ist. Reuß (Wien).

H. Barkan. *Zur Frage der infantilen und juvenilen Tabes.* (Wiener klin. Wochenschr., 1913, S. 417.)

Mitteilung von 3 Fällen infantiler Tabes (9jähriges und 15jähriges Mädchen, 16jähriger Knabe) sowie einer Beobachtung von Schacherl, 3 Geschwister (11jähriges Mädchen, 9jähriger Knabe, 7jähriges Mädchen) betreffend. Alle 6 Fälle zeigten genuine Optikusatrophie. Die übrigen Symptome der im kindlichen Alter auftretenden Tabes sind: Argyll-Robertson, Anisokorie, Fehlen der Patellar- und Achillessehnenreflexe, manchmal lanzinierende Schmerzen, Parästhesien, trophische Veränderungen und Blasenbeschwerden. Einige Erscheinungen, wie die Optikusatrophie, sind bei der juvenilen Tabes häufiger wie bei der der Erwachsenen, andere, wie Romberg und Ataxie, seltener. Das weibliche Geschlecht überwiegt. Die Wassermannsche Reaktion ist meist positiv. Die Prognose ist absolut ungünstig. Die Quecksilberbehandlung scheint den Verlauf der Erkrankung eher zu beschleunigen. Die Kinder sollen in Blindeninstituten untergebracht werden. Literaturübersicht. Reuß (Wien).

P. Hoff. *Zur Differentialdiagnose der Polyneuritis und Poliomyelitis.* Wiener klin. Rundschau, 1913, Nr. 18/19.)

Viele Symptome der Polyneuritis können auch bei der Poliomyelitis vorkommen. Meningitische Symptome sprechen mit Sicherheit für letztere. Ergibt die Lumbalpunktion im Beginne der Erkrankung ein völlig negatives Resultat, so spricht dies mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit für Polyneuritis. Findet man Drucksteigerung, erhöhten Eiweißgehalt und Lymphozytose der Zerebrospinalflüssigkeit, so handelt es sich sicher um Poliomyelitis. Reuß (Wien).

K. Biesalcki. *Die spastische Lähmung im Kindesalter und ihre Behandlung.* (Deutsche med. Wochensch., 1913, Nr. 15, S. 699—702.)

Übersicht über die verschiedenen therapeutischen Methoden unter besonderer Betonung des Wertes der Übungstherapie.

Nagel-Hoffmann.

Wachstumskrankheiten.

Robert Meyer (Berlin). *Zur Kenntnis einiger Schädelanomalien der Neugeborenen; Schaltknochen und Defekte der Schädeldeckknochen.* (Arch. f. Gyn., Bd. XCVI.)

Neben Schaltknochen der hinteren Fontanelle (Abtrennung der Hinterhauptoberschuppe oder ihrer Spitze durch eine Transversalnaht) und Anomalien in der Größe und Verknöcherung der vorderen Fontanelle werden Defekte der Schädelknochen beschrieben, u. a. bei einer ungewöhnlichen Form von Hydrozephalus (Kopf in der Höhe der Supraorbitalränder durch eine rings um den Schädel laufende Furche in eine obere und untere Hälfte geteilt, die letztere durch Herabdrängen und Auftreibung der Schläfenschuppengegend auffallend breit). Hier war durch eine geringe Ausbildung der Stirn- und Seitenwandbeine fast der ganze Scheitel ohne knöcherne Decke und der Boden der stark ausgebuchteten mittleren Schädelgrube wurde von gedehnten und verdünnten Weichteilen gebildet.

Hohlfeld (Leipzig).

Haut.

P. v. Szily. *Die Immunotherapie der multiplen Staphylokokkenhautabszesse der Säuglinge.* (Wiener klin. Wochenschr., 1912, S. 1739.)

Verf. berichtet über glänzende Erfolge, die er an 30 Säuglingen mit hochgradiger Abszeßbildung der Haut durch die Injektion abgetöteter Kokkenemulsionen erzielte. Die Herstellung der Autovakzine geschieht in folgender Weise: In ein Röhrchen, welches eine 24stündige Kultur aus einem Eitertröpfchen auf Schrägagar enthält, werden 10 cm^3 steriler physiologischer Kochsalzlösung gegossen, durchgeschüttelt und in ein 20 cm^3-Tropfgläschen filtriert. In diesem wird die Kokkenaufschwemmung mit 1 bis 2 Glasperlen $\frac{1}{2}$ Stunde geschüttelt, danach 1 Stunde auf 60° erhitzt, $\frac{1}{4}$%iges Lysol zugefügt und schließlich auf 20 cm^3 ergänzt. 10 Tropfen dieser Emulsion werden, in etwas physiologischer NaCl-Lösung aufgeschwemmt, subkutan injiziert; zweimal wöchentlich wird mit je 5 Tropfen gestiegen. Es traten weder lokale noch allgemeine Reaktionen ein. Nach 8 bis 10 progredienten Injektionen, oft auch schon früher, war in allen Fällen die Krankheit behoben.

Reuß (Wien).

J. L. Bunch. *The treatment of naevi, based on more than 2000 cases.* (Brit. med. Journ., 10. August 1912.)

Kurze Besprechung der älteren Methoden. Empfehlung der Anwendung von flüssiger Luft (— 190° C) oder fester Kohlensäure (— 78·2° C). Letztere wurde bei über 2000 Fällen mit Erfolg angewendet. Beschreibung der Technik.

Eckhardt.

Moro (Heidelberg). *Erythema nodosum und Tuberkulose.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 21.)

Moro nimmt gegen die Auffassung Pollaks, das Erythema nodosum als tuberkulöse Hautaffektion anzusprechen, Stellung. Die Tatsache, daß die 48 Kinder Pollaks mit Erythema nodosum positiv auf Tuberkulin reagierten, beweist nur die Häufigkeit der Infektion mit dem Tuberkelbazillus bei dem Materiale der Wiener Kinderpoliklinik. Moro berichtet dagegen, daß von 30 Kindern mit Erythema nodosum 4 negativ reagierten, was unverständlich wäre, wenn dieses Leiden wirklich tuberkulöser Natur wäre. Dagegen sollen gewisse Beziehungen zwischen Tuberkulose und Erythema nodosum nicht geleugnet werden. So sah Moro beispielsweise nach Einreibung von Tuberkulinsalbe in die Brusthaut ein Erythema nodosum am Unterschenkel. Es bestehen aber auch Wechselbeziehungen zwischen Purpura und Erythema nodosum. Man begegnet nach Moro bei Vornahme der Perkutanreaktion an Kindern mit Erythema nodosum nicht selten lokalen Purpuraeffloreszenzen.

Beweisend für die supponierte aktiv tuberkulöse Natur wäre u. a. der Nachweis einer Herdreaktion nach subkutaner Tuberkulininjektion; dieser Nachweis mißlingt jedoch. Auch die Salbenreaktion, am Orte des Erythems selbst vorgenommen, verläuft nicht anders wie auch sonst. Die Tuberkulose mag als „auslösendes Moment" von besonderer Bedeutung sein; daneben muß aber eine Disposition wahrscheinlich in Gestalt einer bestimmten Konstitutionsanomalie vorhanden sein. Klotz.

Auge.

Schweitzer. *Zur Blennorrhöeprophylaxe.* (Arch. f. Gyn., XCVII.)

Mittel, welche die Blennorrhöe beim Neugeborenen verhüten sollen, müssen bakterizid wirken, ohne die Gewebe zu schädigen, und eine haltbare Lösung geben. An der Schwimmhaut von Fröschen und der Schwanzflosse kleiner Fische geprüft, zeigte Argentum nitricum in 1%iger Lösung die größte Tiefenwirkung unter den Silberverbindungen, während Sophol und Argyrol in 5- bis 10- beziehungsweise 10- bis 20%igen Lösungen das lebende Gewebe unverändert ließen. Diese organischen Silberverbindungen haben aber wie das Argentum nitricum den Nachteil, daß ihre Lösungen schlecht haltbar sind. Verf. zieht ihnen daher das von Zweifel empfohlene Argentum aceticum in 1%iger Lösung vor. Unter den Silberverbindungen ist seine Lösung allein beständig, seine Tiefenwirkung ist zwar dem Argentum nitricum ähnlich, geht aber langsamer vor sich und kann durch Neutralisation mit Kochsalzlösung ganz aufgehoben werden, in seiner bakteriziden Kraft ist es nach den klinischen Erfahrungen dem Argentum nitricum überlegen.

Hohlfeld (Leipzig).

E. Bock. *Über Behandlung skrofulöser und tuberkulöser Augenerkrankungen mit Immunkörper (J-K) Dr. Karl Spengler.* (Wiener med. Wochenschr., 1913, S. 1176 und 1241.)

Verf. berichtet über ganz ausgezeichnete Erfolge bei der Behandlung skrofulöser und tuberkulöser Augenaffektionen mit dem Spenglerschen Immunkörper. Er ließ diesen Körper, allmählich an Menge und Konzentration steigend, in die Haut einreiben; verwendet wurde das bei Kalle (Bieberich) erhältliche Präparat. Nicht nur daß Lichtscheu, Entzündungserscheinungen und Infiltrate schwanden und sich das Sehvermögen rasch besserte, es war auch eine evident günstige Einwirkung auf skrofulöse Erkrankungen der Lymphdrüsen, Haut, Knochen und des Allgemeinbefindens zu konstatieren; nur in wenigen Fällen versagte das Mittel, geschadet hat es niemals. Lehndorff (Wien).

P. v. Szily. *Zur Chemotherapie der luetischen Keratitis.* (Wiener med. Wochenschr., 1913, S. 944.)

Intensive Salvarsanbehandlung, wiederholte intravenöse Injektion, führte in mehreren Fällen zu weitgehender Besserung der Keratitis prof. luetica. Lehndorff (Wien).

Chirurgie.

H. Maass (Berlin). *Die kongenitale Vorderarmsynostose.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 15, S. 704—706.)

Bericht über ein 8 Monate altes Kind mit dieser seltenen Anomalie. Die Röntgenbilder sprachen für rein mechanische Genese. Therapeutisch versucht man durch Operation günstigere Bewegungsverhältnisse im Ellbogengelenke herbeizuführen, die Prognose ist aber ungünstig. Nagel-Hoffmann.

Soli (Turin). *Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Schädelimpressionen bei Neugeborenen.* (Arch. f. Gyn., XCVII.)

Verf. ist der Ansicht, daß diese Verletzungen rasch und systematisch behandelt werden müssen. Er empfiehlt dazu in seiner anscheinend von einem Nichtarzt übersetzten Arbeit ein schraubenzieherartiges Instrument. Hohlfeld (Leipzig).

T. Bonhôte Henderson. *Spontaneous reduction of intus-susception.* (Brit. med. Journ., 28. September 1912.)

Ein Kind von 13 Monaten erkrankte innerhalb 6 Wochen 2mal unter deutlichen Symptomen einer Intussuszeption, die aber beide Male innerhalb einiger Stunden zurückgingen. Eine dritte sehr

schwere Attacke 5 Tage später führte zur Operation und Bestätigung der Diagnose. Eckhardt.

E. E. Nicholls. *Strangulated inguinal hernia in an infant.* (Brit. med. Journ., 21. September 1912.)

Eingeklemmter Leistenbruch bei einem 8 Wochen alten Kinde. Operation. Heilung. Eckhardt.

Orthopädie.

E. E. Abbott (Portland). *Die Korrektur der seitlichen Rückgratsverkrümmungen.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 19, S. 893 bis 894.)

Genaue Beschreibung der Technik seiner Skolionenbehandlung durch Fixation in Kyphose und Überkorrektur der seitlichen Biegung.

Nagel-Hoffmann.

O. Vulpius (Heidelberg). *Die neue Verbandbehandlung der Skoliose nach Abbott.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 15, S. 695 bis 699.)

Genaue Beschreibung der Technik dieser Skoliosenbehandlung, die die Wirbelsäule in Kyphose und Überkorrektur der seitlichen Biegung fixiert. Die langwierige, für die Kinder recht beschwerliche Behandlung gibt überraschend gute Resultate und erreicht Umkrümmungen der Wirbelsäule, die bis dahin völlig unmöglich waren.

Nagel-Hoffmann.

Spitzy (Graz). *Die Ausnutzung der respiratorischen Kräfte in der Skoliosenbehandlung.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 11.)

Zwei physiologische Momente sind es, welche bei der Therapie der Skoliose besondere Beachtung verdienen: erstens die Belastung der Wirbelsäule durch die Rumpfschwere, welche bei aufrechter Haltung eine ständig deformierende Kraft repräsentiert, und zweitens die respiratorischen Zugkräfte. Jansen führt z. B. die Häufigkeit der rechtseitigen Skoliose auf den ungleichen respiratorischen Zug zwischen links und rechts zurück. Die von Abbot inaugurierte Skoliosetherapie basiert auf der eben skizzierten physiologischen Grundlage. Sie sucht besonders die Respirationskräfte zu verwerten, indem sie die „Atmung auf den Thoraxbezirk einstellt, der gehoben, geweitet werden soll". Es wird daher der Verband in kyphotischer Rumpfstellung und maximaler Beugung der Beine gegen das Becken angelegt. Hierdurch wird die Bauchatmung stark eingeschränkt. Auf der Konkavseite wird ein Fenster ausgespart: hierdurch bekommt der Thorax an dieser Stelle Gelegenheit, sich respiratorisch zu ent-

falten. „Der Rotation und Torsion der Wirbel wird durch diese einseitige Atmung aufs wirksamste entgegen gearbeitet".

Nicht mit Unrecht verweist Spitzy nachdrücklich auf dieses neue Behandlungsverfahren, welches auf physiologischer Grundlage aufgebaut ist, hin. Die weiteren Punkte: Ausnutzung von deskoliosierenden Wirkungen der Schwere, Technik der Verbände usw. können hier nicht näher erörtert werden. Spitzy berichtet über sehr gute Erfolge mit der neuen Methode. Klotz.

A. Lorenz. *Ein Fall von doppelseitigem angeborenen Defekt des Radius.* (Wiener med. Wochenschr., 1913, S. 1052.)

An dem Falle des 7jährigen Mädchens ist die Geringfügigkeit der Klumphandstellung und das Fehlen sonstiger Mißbildungen bemerkenswert; da es sich nur um einen kosmetischen Schaden handelt, ist ein chirurgisches Eingreifen nicht angezeigt.

Lehndorff (Wien).

W. Kollert. *Das skaphoide Schulterblatt und seine klinische Bedeutung für die Prognose der Lebensdauer.* (Wiener klin. Wochenschr., 1912, S. 2002.)

Die skaphoide Schulterblattform (konkaver medialer Rand, Angulus inferior in einer Senkrechten unterhalb des medialsten Punktes der Spina liegend) ist eine im intrauterinen Leben entstehende Abnormität. Sie ist das Zeichen einer angeborenen Minderwertigkeit; mit ihr behaftete Individuen sterben meist in jungen Jahren. Sie weisen z. B. eine relativ hohe Sterblichkeit an Tuberkulose auf. Die Wahrscheinlichkeit, daß ein neugeborenes Kind ein hohes Alter erreicht, ist bedeutend größer, wenn es normale, als wenn es skaphoide Schulterblätter hat. Diagnostisch wichtig ist die Tatsache, daß zwischen dem normalen Typus und der abnormen Form Übergänge vorkommen, welche die Ursache von Fehlern bei der Beurteilung eines Falles sein können. Reuß (Wien).

Mißbildungen.

Pierre Stauffer. *Un cas de défect partiel congénital de la colonne vertébrale et de la moelle epinière avec fente thoraco-abdomino-pelvienne.* (Institut pathol. de Lausanne.) (Rev. méd. de la Suisse romande, 1913, Nr. 2.)

Die Mißbildung wird aufgefaßt als Folge eines Traumas, welches auf das hintere Ende des Embryos vor Ende der 3. Woche einwirkte, was sich aus der Anamnese der Mutter erklären läßt, welche während der 3. Woche der Gravidität gefallen ist. Die Arbeit, welche eine Röntgen-

photographie und diverse andere, zum Teil schematische Abbildungen enthält, eignet sich nicht zu eingehendem Referat.

Max Reber (Basel).

Vakzination.

Holodynski. *Zwei Fälle von Nebenpocken des Sehorgans.* (Wiener med. Wochenschr., 1913, S. 202.)

Die Übertragung erfolgte vom geimpften Hausgenossen am 10. bis 12. Tage post vaccinationem. Lehndorff (Wien).

Hygiene und soziale Medizin.

S. Weiß. *Säuglingsfürsorge und Kinderspital.* (Wiener klin. Wochenschr., 1913, S. 62.)

Weiß tritt für die Angliederung der Säuglingsfürsorge an die Kinderspitäler ein. Sie ist für solche Säuglinge von Vorteil, welche nach ihrer Genesung an ihre Mütter zurückgegeben werden, ferner für Säuglinge, welche in fremde, entgeltliche Pflege überstellt werden; endlich für die noch nicht erkrankten Kinder, welche durch die von der Säuglingsfürsorge geübte Stillpropaganda vor einer Erkrankung geschützt werden. Für das Kinderspital hat die Säuglingsfürsorge den Vorteil, daß sie eine rasche Evakuierung der Säuglingsabteilungen ermöglicht. Die Mittel zur Erlangung dieser Vorteile sind die Stillunterstützung, Milchkühe und die sanitäre Überwachung der aus der Spitalpflege entlassenen Säuglinge bei ihren Müttern, sowie der Pflegesäuglinge bei ihren fremden Pflegemüttern. Reuß (Wien).

E. Homa. *Über Dauererfolge und Schicksale von im Seehospize zu Triest 1896—1903 behandelten Brünner Kindern.* (Wiener klin. Wochenschr., 1913, S. 420.)

Aus der statistischen Zusammenstellung sei hervorgehoben, daß von 40 Fällen chirurgischer Tuberkulose 31 dauernd gesund blieben und daß 85·25% der seinerzeit im Seehospiz behandelten Kinder erwerbsfähig geworden sind. Reuß (Wien).

Hanssen (Kiel). *Die Sommersterblichkeit der Säuglinge.* (Sammelreferat.) (Sep.-Abdr. aus „Der Kinder-Arzt, 1912, Nr 10.)

Der gedrängten Kürze wegen (auf 4 Seiten Text Verarbeitung von 54 Arbeiten) nicht zum Referat geeignet. Klotz.

Berichte.

Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Tagung während der Naturforscherversammlung in Wien.
(20. bis 24. September 1913.)

1. Sitzung am Sonnabend den 20. September, vormittags.

Nach einigen einleitenden Worten von Pirquet, in denen er kurz auf die Geschichte der Wiener Kinderklinik und insbesondere auf die außerordentlichen Verdienste Escherichs hinweist, beginnt als erster

1. **Schloßmann** (Düsseldorf): *„Hungernde Säuglinge"*.

Die Anschauung über den therapeutischen Wert des Hungerns respektive über die durch Hungern hervorgerufenen Schädigungen haben im Laufe der letzten Jahre einen außerordentlichen Wechsel durchgemacht. Es ist über den Einfluß des Hungerns bei Pylorospasmus, bei Ernährungsstörungen usw. genug bekannt, sehr wenig aber über den Einfluß der Inanition auf den Stoffwechsel beim gesunden Kinde. Schloßmanns Untersuchungen beschäftigen sich mit der Frage, wie sich beim gesunden Kinde 18 bis 24 Stunden nach der letzten Nahrungsaufnahme der Stoffwechsel verhält. Die zum Versuche herangezogenen Kinder erhielten Wasser, dem Kochsalz und Saccharin zugesetzt war, und zwar in genau denselben Mengen und zu denselben Zeiten, in denen sie sonst ihre normale Nahrung erhielten. Die Kinder merken bei diesem Verfahren kaum, daß sie hungern, und vertragen den Zustand ausgezeichnet. In der Versuchszeit wurden sowohl die Temperatur der Umgebung wie die Hauttemperatur des Kindes dauernd gemessen und registriert. Auf den Hunger reagieren künstlich genährte Kinder und Brustkinder in verschiedener Weise. Bei ersteren tritt zunächst für kurze Zeit eine Zunahme ein, dann Gleichgewicht und dann eine Gewichtsabnahme. Die Stickstoffausscheidung sinkt von Beginn an und steigt während des Versuches wieder an. Beim Brustkinde dagegen steigt von Beginn an die Stickstoffausscheidung, wenn sie auch stets geringer bleibt als die beim künstlich genährten Kinde. Während des Hungerns nimmt das gesunde Brustkind zu. Während des Hungerversuches setzt eine Ausscheidung von Azeton und β-Oxybuttersäure ein, und zwar geht die erstere mit der Stickstoffzersetzung parallel. Bis zur 72. Stunde bleibt der Blutzuckergehalt hoch, dann erst sinkt er jäh herab. Es ist anzunehmen, daß erst in diesem Zeitpunkt eine wirkliche Schädigung durch die Inanition sich bemerkbar macht.

Diskussion: Langstein (Charlottenburg) fragt nach der Höhe der Azetonwerte.

Schloßmann erwidert, daß in einem Falle die Azetonausscheidung an einem Tage 0·117 g betrug.

2. **Langstein** und **Edelstein:** *„Der Eisenhaushalt im Säuglingsalter"*.

Die bisher in der Literatur vorliegenden Untersuchungen über den Eisenstoffwechsel des Säuglings erlauben in keiner Richtung ein abschließendes Urteil. Soweit überhaupt Stoffwechselversuche vorliegen, sind ihre Resultate deswegen einer Verallgemeinerung nicht fähig, weil für den Eisengehalt der Frauenmilch zu hohe Werte ein-

gesetzt und die Versuche zu kurzfristig sind. Die beiden Verff. haben deshalb eine Serie von Stoffwechselversuchen ausgeführt, um zu bestimmen, wieviel Eisen das normale Brustkind im ersten Lebensvierteljahre pro Tag zurückhält. Die Untersuchungen, von denen sich jede einzelne über 10 bis 12 Tage erstreckte, haben gezeigt, daß mit Ausnahme der ersten 7 Lebenstage die Eisenbilanzen sämtlich positiv sind. Die Mengen jedoch, die das Kind zurückhält, sind um ein bedeutendes kleiner als die in den früheren Versuchen gefundenen. Ein 12 Wochen altes Kind mit einem Gewicht von 4000 g und einer durchschnittlichen täglichen Zunahme von zirka 28 g retinierte in 12 Tagen 3 mg Eisen. Das andere 8 Wochen alte mit fast demselben Gewicht und einer täglichen Zunahme von zirka 31 g in derselben Zeit 2·3 mg. Das ist in dem einen Fall 0·255 pro Tag, im andern 0·188 pro Tag. Das Neugeborene verliert in den ersten 2 Lebenstagen durch den Darm fast 2 mg Eisen; in den nächsten 5 Tagen ist die Bilanz noch negativ, und zwar — 0·2 mg Eisen pro Tag, wird jedoch allmählich positiv und die Retention beträgt in 5 Tagen 0·6 mg. Diese Versuche zeigen, daß die von Soxhlet vermutete starke Ausschwemmung des Eisens aus dem vorhandenen Eisendepot in den ersten Lebenswochen nicht stattfindet. Erst wenn die Stoffwechselversuche durch das ganze Säuglingsalter hindurch durchgeführt sein werden, wird man beurteilen können, ob der Säuglingsorganismus seinen Bedarf aus dem Nahrungseisen zu decken imstande ist. Es werden sich dann auch bestimmte Schlüsse über das Depot des Eisens, das das Kind auf die Welt mitbringen soll, ziehen lassen. Es könnte sowohl sein, daß das Kind dieses Depots bedarf, um seinen Eisenbedarf zu bestreiten, es könnte aber auch, wie Soxhlet meint, sein, daß das Eisendepot eine solche Bedeutung nicht hat. Haben doch auch hungernde Organismen Eisen in der Leber aufgestapelt. Die systematische Durchführung der Versuche über den Eisenstoffwechsel ist deswegen so wichtig, weil nur auf diese Weise Klarheit über die Bedeutung des Nahrungseisens für das Kind, die nicht mit der Hämoglobinbildung erschöpft ist, gewonnen werden kann.

3. **Richard Lederer** (Wien): *„Die Bedeutung des Wassers für Konstitution und Ernährung"*.

Der tierische und menschliche Organismus unterliegt, von der Befruchtung der Eizelle angefangen, einer kontinuierlichen physiologischen Austrocknung, d. h. sein Wassergehalt nimmt kontinuierlich ab. Untersucht man mittels geeigneter Methodik, d. h. bei Ausschluß aller Umstände, welche auf den Wassergehalt des Organismus einen Einfluß haben (Fieber, akute Ernährungsstörung, Reparation nach solcher) und in so kleinen Mengen, daß man womöglich täglich das Blut auf seinen Wassergehalt prüfen kann (mikrochemische Analyse), Säuglinge mit Konstitutionsanomalien und gewissen chronischen Ernährungsstörungen, so findet man, daß bei denselben der Wassergehalt oft sehr hoch ist und nicht dem Wert der physiologischen Austrocknung entspricht. Zur Entscheidung dieser Frage wurde zunächst das Tierexperiment herangezogen. Wenn man junge Hunde, deren Wassergehalt im Blut vor Beginn des Versuches bestimmt ist, nach 4- bis 5-wöchentlicher Säuglingsperiode an der Brust auf große Mengen reiner Kuhmilch absetzt, so findet man, daß ihr Wassergehalt nicht nur nicht abnimmt, sondern während der Zeit der Ernährung mit Kuhmilch in großen Mengen sogar noch zunimmt, während die Kontrolltiere, die mit gemischter Kost und kleinen Mengen Milch ernährt werden, einen physiologischen Abfall der „Wasserkurve" zeigen. Ähnlich verhalten sich Hunde, die zwar auch auf gemischte Kost gesetzt werden, denen man aber große Mengen Wasser zu trinken gibt. Ihr Wassergehalt nimmt anfänglich anstatt ab ebenfalls zu und bleibt dauernd höher als der der Kontrolltiere. Im Verein mit Aschen- und Stickstoffanalysen wird nachgewiesen, daß es sich dabei zunächst um Quellungs-

zustände der Gewebe handelt. Das menschliche Neugeborene kommt mit einem sehr niedrigen Wasserwert, also wasserarm zur Welt. Die Kurve der physiologischen Austrocknung erleidet aber nach der Geburt eine jähe Unterbrechung, indem beim Brustkind während der ersten 2 bis 3 Monate, also während der Zeit, wo die Nahrungsmengen des Kindes rapid ansteigen, um während der späteren Zeit ja annähernd konstant zu bleiben, der Wassergehalt des Körpers enorm in die Höhe geht. Erst von diesem Zeitpunkt ab beginnt der normale langsame Abfall. Dieser Abfall wird nun auch bei Kindern, die mit großen Flüssigkeitsmengen genährt werden, aufgehalten, und zwar um so mehr, je mehr die Kinder in diesen großen Nahrungsvolumina Substanzen erhalten, welche an sich imstande sind, dieses reichlich zugeführte Wasser zu binden, also vor allem beim Mehlnährschaden. Die daraufhin untersuchten Kinder zeigen einen sehr hohen Wasserwert, was sowohl die hydropische Form dieser Erkrankung als auch die hypertonische Komponente erklärt, da ja die Muskeln die Hauptdepots für Wasseransammlungen bilden. Man wird daher die früher angenommene Tatsache des Eiweiß-, Salz- und Fettmangels erst in zweiter Linie als Ursache des Mehlnährschadens in Betracht ziehen können und die Schädigung durch überreichliche Kohlehydrat + Wasserzufuhr als das Primäre hinstellen müssen. Daraus folgt die Therapie, daß man nicht gezwungen ist, aus der Ernährung die Kohlehydrate sofort zu streichen, da beim Übergang auf Kohlehydrate und salzarme Nahrungsmittel, auch auf Brustmilch, die angesammelten Wassermengen sehr rapid abgegeben werden, so daß es zu kolossalen Gewichtsverlusten und zum Kollaps kommt. Man wird vielmehr, um diesen brüsken Abnahmen vorzubeugen, zunächst Milch mit Kohlehydrat geben, aber beides nur in sehr kleinen Volumina, da bei Fehlen des nötigen „Quellungswassers" keine weitere Ansammlung von Wasser mehr stattfindet, vielmehr dasselbe langsam abgegeben wird und die Kinder bei dieser Ernährung von Anfang an gleich zunehmen. Auch die sogenannte Säuglingsanämie zeigt enorm vermehrten Wassergehalt des Organismus, und es gelingt durch ähnliche ausschließlich diätetische Maßnahmen, solche Kinder zur Heilung zu bringen. Ferner zeigt die exsudative Diathese Beziehungen zum Wasserhaushalt, indem diese Kinder Wasser sehr leicht aufnehmen, aber auch sehr leicht wieder abgeben. Es gelingt zu zeigen, daß Kinder, die keineswegs gemästet werden, welche vor allem keine Fettmast mitmachen, die auch im Gewichte ganz unverändert bleiben, durch Einführung von Nahrungsgemischen, welche auf den Wasseransatz wirken, gleichzeitig mit diesen die erste Manifestation der exsudativen Diathese, den Milchschorf, bekommen. Man kann ferner zeigen, daß solche Patienten, wenn sie auf knappe Ernährung gesetzt werden, ihren überschüssigen Wassergehalt innerhalb weniger Stunden bis Tage verlieren, während andere normale Kinder bei derselben Ernährung zu diesem „inneren Umbau" ungefähr 2 Wochen brauchen. Aus den vorliegenden Untersuchungen geht also hervor, daß gewisse chronische Ernährungsstörungen durch eine fehlerhafte Zusammensetzung des Organismus im Sinne einer Wasseranreicherung ausgezeichnet sind und daß auch eine der häufigsten Konstitutionsanomalien sich durch diese chemischen oder physikalisch-chemischen Momente beschreiben läßt, eine Tatsache, welche nicht nur prinzipiell wichtig ist, sondern auch für die Therapie und Prophylaxe neue Wege weist.

Diskussion: Noeggerath (Freiburg) bezweifelt, ob es angängig ist, aus Untersuchungen über den Wassergehalt des Blutes ohneweiters auf den Wassergehalt des gesamten Körpers zu schließen. Es steht nicht fest, daß der Wassergehalt des Blutes denselben Schwankungen unterworfen ist wie der anderer Gewebe respektive wie der des gesamten Körpers.

Das gleiche Bedenken äußert Bahrdt (Charlottenburg).

Lust (Heidelberg) hat früher mit einer ähnlichen Methodik (Bestimmung des Trockengehaltes im Blute) eine physiologische Kurve des Wassergehaltes des Organismus bei Säuglingen aufgestellt. Der Einfluß der Ernährung wird nicht so intensiv wie in den Versuchen von Lederer, aber deutlich erkennbar. Bei exsudativer Diathese zeigt sich ein höherer Wassergehalt als unter normalen Verhältnissen.

Heubner (Dresden) erinnert an die früheren Versuche Niemanns, welcher bei exsudativer Diathese mit Hilfe des Respirationsapparates starke Störungen des Wasserhaushaltes nachwies. Auffallend war in demselben Versuche die ganz ungewöhnlich hohe Kohlensäureausscheidung.

Benjamin (München) fand in einem Stoffwechselversuch, der über lange Zeit ausgedehnt war (cf. Referat in dieser Monatsschr. Bd. XI, 394), bei gleichzeitiger Stickstoffretention Verlust von Wasser, also gewissermaßen eine Eindickung.

Finkelstein (Berlin) versuchte auf dem Wege klinischer Untersuchungen, über welche er in der Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. VIII, S. 1 bereits geschrieben hat, sich über die Beziehung der exsudativen Diathese zum Wasserbestande zu orientieren. Als Maßstab galten ihm akute und starke Veränderungen im Körpergewichte. Unter den Kindern mit exsudativer Diathese finden sich auffallend viel Gewichtslabile; es finden sich auch ebensolche unter gesunden ohne exsudative Erscheinungen, so daß es sich nicht um etwas Spezifisches handeln kann. Ebenso unsicher sind die Schlüsse, die von therapeutischen Erfahrungen aus gezogen werden können. Die exsudativen Symptome, speziell das Ekzem, werden zuweilen durch starke Gewichtsschwankungen nach oben oder unten im positiven oder negativen Sinne beeinflußt. Aber ebenso oft ändern sich diese Symptome ohne Zusammenhang mit dem Gewichtsverlust. Finkelstein bezweifelt daher, daß der Wasserbestand des Körpers in Beziehung zur exsudativen Diathese steht. Es gibt Kinder, die den Wasserbestand festhalten, und solche, bei denen der Wasserbestand leicht geändert wird. Für keine der beiden Kategorien ist exsudative Diathese charakteristisch. Wohl beeinflussen bei vorhandener exsudativer Diathese pathologische Änderungen des Wasserbestandes die Symptome, wie dies jede pathologische Störung der Körperzusammensetzung tut. Ein bindender oder spezifischer Zusammenhang zwischen beiden Erscheinungen ist aber nach Finkelstein nicht anzunehmen.

Lehndorff (Wien). Der Blutbefund im Falle Lederer spricht nicht für eine alimentäre, sondern vielmehr für eine Läsion der blutbildenden Organe.

Langstein (Charlottenburg) warnt davor, auf Grund weniger Untersuchungen an einzelnen Fällen die Pathogenese der exsudativen Diathese erklären zu wollen.

Lederer (Schlußwort). Vergleichsbestimmungen zeigten, daß Muskulatur und Unterhautzellgewebe gleichsinnige Veränderungen des Wassergehaltes aufweisen wie das Blut, so daß man wohl aus Trockenbestimmungen des Blutes auf den Wassergehalt des Organismus schließen darf. Lusts Versuche betrafen vielfach nicht physiologische Fälle, sondern Kinder mit fieberhaften Erkrankungen.

4. **Aron** (Breslau): *„Beobachtungen über die temperatursteigernde Wirkung subkutaner Salzinfusion bei jungen Säuglingen"*.

Es wurde bestätigt, daß aus frisch destilliertem Wasser hergestellte physiologische Kochsalzlösungen, jungen Säuglingen subkutan injiziert, reaktionslos vertragen werden, während aus länger aufbewahrtem Wasser in gleicher Weise bereitete Lösungen sehr häufig

auch nach sorgfältigster Sterilisation die früher als Salzfieber bezeichneten Temperatursteigerungen hervorrufen. Versuche, die Fieber erzeugende Substanz in einem solchen Wasser durch Einengen anzureichern, führten zu keinem Erfolg. Es gelang auch durch Eindämpfen eines fiebererregenden Wassers bei niedriger Temperatur im Vakuum nicht einwandfrei, die pyrogenen Stoffe zu konzentrieren. Im Verfolg dieser Versuche zeigte es sich, daß es gelingt, durch länger dauerndes 8- bis 10stündiges Kochen im Rückflußkühler jede vorher fiebererzeugende Salzlösung zu entgiften, ja, 12stündiges Erhitzen auf einige 50° genügt ebenfalls. Für die Bereitung einwandsfreier Kochsalzlösung zu klinischen Zwecken dürfte ein anhaltendes Kochen erheblich einfacher sein als die Herstellung frisch destillierten Wassers. Über die Natur der pyrogenen Substanzen läßt sich auf Grund der bisherigen Beobachtungen nur feststellen, daß diese nicht absolut thermostabil sind oder erst durch sehr langdauerndes Erhitzen zerstört werden.

Diskussion: Noeggerath (Freiburg). Nachdem die Befunde von der temperatursteigernden Wirkung der subkutanen Salzinfusionen auf Versuchsfehler zurückgeführt worden sind, soll man nicht den Fehler machen, diese Feststellung zu verallgemeinern und von den Erfahrungen mit subkutaner Injektion auf Versuche mit oraler Zufuhr von Salz respektive Zucker zurückschließen. Die klinischen Erfahrungen des sogenannten Salz- respektive Zuckerfiebers bleiben zurecht bestehen.

Rietschel (Dresden) erwähnt, daß neuerliche Untersuchungen an seiner Anstalt die Tatsache bestätigt haben, daß frisches destilliertes Wasser keine Temperatursteigerung hervorruft. Es läßt sich aber bisher nicht erweisen, daß Bakterien bei den alten Versuchen das Fieber bedingten.

Lust (Heidelberg) bestätigt ebenfalls, daß durch subkutane Infusion frischer Salzlösungen Fieber nicht verursacht wird. Anders natürlich wirkt dieselbe Lösung per os.

Abels (Wien). Die Versuchsergebnisse von Aron lassen sich vielleicht besser durch Annahme von flüchtigen Substanzen mit niedrigem Siedepunkt als durch die Annahme thermolabiler Substanzen erklären.

Finkelstein (Berlin) kommt auf die in seiner Anstalt gemachten Untersuchungen zurück, die der Ausgangspunkt der Annahme einer fiebererregenden Wirkung subkutaner Kochsalz-Infusion waren. Das Wasser zu den Injektionen wurde ausschließlich aus einer Apotheke bezogen und es läßt sich nachträglich nicht mit Sicherheit feststellen, was nun wirklich die Ursache der fiebererzeugenden Wirkung war. Es brauchen nicht Bakterientoxine zu sein, sondern es kann sich auch um irgend welche Metallverbindungen handeln.

Aron (Schlußwort). Daß destilliertes Wasser sämtliche Metalle in Lösung aufzunehmen vermag, ist bekannt. Es ist möglich, daß Spuren im Wasser gelöster Metalle durch anhaltendes Kochen unlöslich werden.

5. **Bauer** (Wien): *„Bericht über den Befund einer Blähung der ganzen Lunge bei alimentärer Intoxikation der Säuglinge"*. (Erscheint in der Originalabteilung dieser Monatsschr.)

Beschrieben wurde bisher von verschiedenen Autoren Wyss, Seiffert, Czerny, Bartenstein und Tada im Zusammenhang mit Zirkulationsstörungen der Lunge bei Pneumonie auftretende Veränderung der Thoraxform beim Säugling mit Blähung der vorderen oberen Lungenteile. Bauer berichtet ausführlich über 3 Fälle von unkomplizierter alimentärer Intoxikation, bei welchen allgemeine Lungenblähung ohne sonstige Lungenveränderung nachgewiesen wurde. Von zwei obduzierten

Fällen ergab bei einem auch die Obduktion Blähung der Lunge, bei keinem Pneumonie. Bei einem überlebenden Kinde war an einem Tage, da das toxische Symptomenbild volle Entwicklung zeigte, die Lungenblähung ungemein deutlich, am andern Tage mit Schwinden der toxischen Symptome war und blieb der Lungenbefund normal. Die Blähung ergab gewöhnlich Lungengrenzen am XII. Brustwirbeldorn, an der VII. Rippe überlagerte Herzdämpfung. Eine gesetzmäßige Beziehung zur großen Atmung war nicht nachweisbar. Auch andere mit Pneumonie komplizierte Fälle wurden beobachtet, aber nicht zur Zeichnung des Bildes herangezogen. Über die Ursachen des Symptoms sind einstweilen nur Vermutungen möglich. Bauer meint, daß es nicht lokalen Ursprunges (Elastizitätsverlust der Lunge) möglicherweise der toxischen Lungenblähung der Meerschweinchen bei Vergiftung mit Eiweißabbauprodukten vergleichbar sei. Die allgemeine Lungenblähung ist ein typisches Symptom der alimentären Intoxikation.

Diskussion: Lust (Heidelberg) hat bei Meerschweinchen Blut schwerernährungsgestörter Kinder injiziert, ohne daß irgend welche Krankheitssymptome hervorgerufen wurden.

Schloßmann (Düsseldorf) erwähnt eine Beobachtung im letzten Sommer, eine eigentümliche Epidemie, bei der Säuglinge einer Anstalt unter dem Bilde intestinaler Intoxikation akut und schwer erkrankten. In dem Symptomenkomplex stand die Lungenblähung im Vordergrunde, so daß man an eine Anaphylaxie denken mußte, und doch fanden sich für diese Annahme keine Anhaltspunkte. Eine Reihe von Kindern, darunter auch Brustkinder, gingen am ersten respektive zweiten Tage der Erkrankung zugrunde.

Feer (Zürich) erinnert daran, daß bei älteren Kindern mit Anzeichen lymphatischer Konstitution häufig Lungenblähung vorkommt, die in diesen Fällen mit ziemlich großer Sicherheit auf Anaphylaxie bezogen wird.

Noeggerath (Freiburg) hat einige Tierversuche gemacht, um den Zusammenhang zwischen Asthma und Anaphylaxie nachzuweisen, doch ohne Erfolg.

Finkelstein (Berlin) bestätigt das Vorkommen von Lungenblähung bei schweren Intoxikationen im Säuglingsalter. Im Anschlusse an die Untersuchungen Berends über Anteilnahme des sympathischen Nervensystems (Monatschsr. f. Kinderheilk. Bd. X, 388) wäre zu erwägen, ob nicht eine Störung des Gleichgewichtes zwischen autonomem und symphatischem Nervensystem als Ursache in Frage käme.

6. **O. Rosenberg** (Berlin): *„Über Pachymeningitis haemorrhagica interna."*

Im Waisenhause Berlin wurden in den letzten 4 Jahren 38 Fälle von Pachymeningitis haemorrhagica interna beobachtet, von denen nur 6 erst bei der Obduktion diagnostiziert wurden.

Klinisch werden drei Formen unterschieden:

1. Eine latent beginnende Form;

2. eine mit akuten Hirndruckerscheinungen beginnende Form;

3. eine foudroyant, mit schwersten Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems beginnende Form.

Allen drei Formen gemeinsam ist die Vergrößerung des Schädels, die weite Öffnung und Vorwölbung der Fontanelle und mitunter ein Auseinanderweichen der Suturen.

Bei der ersten Form sind außer diesen Symptomen keinerlei weitere Krankheitserscheinungen vorhanden.

Bei der zweiten Form beobachtet man Erbrechen, Schreien, Krämpfe, Schmerzen des Kopfes, Steigerung der Reflexe, Somnolenz, Nackensteifigkeit.

Die dritte Form verläuft unter dem Bilde einer akuten Meningitis: Koma, Kontrakturen der Extremitäten, Kernig, Fieber, Strabismus, Nackensteifigkeit. Veränderungen des Augenhintergrundes fanden sich in 12 Fällen, und zwar 8mal Netzhautblutungen, 1mal Glaskörperblutung, 1mal Blutung in die Konjunktiva und die Lider, 4mal Sehnervenatrophie und 2mal Stauungspapille. Die Augenhintergrundsveränderungen kamen also etwa in einem Drittel der Fälle vor, wobei nicht immer gerade die schwersten Fälle betroffen zu sein brauchen. Das wertvollste diagnostische Hilfsmittel ist die Funktion der großen Fontanelle, die auf die Kinder keinen anderen Eindruck macht als die Lumbalpunktion. Das Fontanellenpunktat hat charakteristische Merkmale:

Es ist stets hämorrhagisch, beim Stehen tritt keine Gerinnung ein im Gegensatze zu artifiziellen Blutbeimengungen. Nach Absetzen der roten Blutkörperchen präsentiert sich eine Säule zitronen- bis bernsteingelber Flüssigkeit, deren Eiweißgehalt gegenüber dem Liquor cerebrospinalis erhöht ist. Er betrug 4 bis 20‰ nach E ß b a c h und N i s s l und enthält keine pathologischen Zellformen. Das spezifische Gewicht beträgt 1006 bis 1012. Der Liquor cerebrospinalis war normal.

Die Heilung erfolgt durch Resorption des Ergusses: Die Fontanelle schließt sich, oder es tritt eine Konfiguration des Schädels ein. Sie fand in 16 Fällen statt. 21 Kinder starben: 3 an der Pachymeningitis, die übrigen an interkurrenten Krankheiten, darunter 5 an eitrigen Meningitiden. Gelatineinjektionen scheinen günstig zu wirken. Wiederholte Punktionen der Fontanelle bringen nur in den ganz akuten Fällen Linderung.

Der anatomische Sitz der Erkrankung ist ein gesetzmäßiger. Es betrifft stets nur die Konvexität, sowie die vordere und mittlere Schädelgrube; die hintere Schädelgrube bleibt stets frei. Die Erkrankung ist doppelseitig. Die Ergüsse sitzen an der Konvexität und an der Basis. Die Membranen zeigten nirgends eine entzündliche Genese, sie sind vielmehr durch Wucherung der Kapillaren und des Stromas aus der Kapillarschicht der Dura mater hervorgegangen. Die Erkrankung betrifft lediglich die von der Vena meningea media versorgten Gebiete und hat offenbar einen Stauungsprozeß zur Grundlage, dafür sprechen die Blutungen innerhalb der Membranen, ferner der Erguß, der alle Merkmale des T r a n s s u d a t e s aufweist. Das Abflußhindernis liegt offenbar im Gebiete des Sinus cavernosus; denn auch die Blutungen im Augenhintergrund weisen auf einen Stauungsprozeß im Gebiete der Vena ophthalmica hin. Mithin sind alle Gefäße betroffen, die sich in den Sinus cavernosus ergießen. Die wichtigste Feststellung über die Entstehung der Krankheit war folgende: 80% der an Pachymeningitis leidenden Kinder hatten einige Zeit vor der Erkrankung einen schweren hämorrhagischen Schnupfen, die Hälfte mit positivem Diphtheriebazillenbefund. Die luetische Pachymeningitis verdankt ihre Entstehung ebenfalls der luetischen Nasenerkrankung, die fast ein konstantes Symptom der hereditären Lues ist. Die große Häufigkeit der Erkrankung bei Spitalskindern im Gegensatze zur Privatpraxis hängt mit der größeren Infektionsmöglichkeit der Grippe- und Nasendiphtherie in Säuglingskliniken zusammen und die Verhütung der Krankheit deckt sich mit der Prophylaxe der Infektionen.

7. **Bahrdt** und **Edelstein** (Berlin): *„Organanalysen bei Morbus Barlow"*.

Die Kenntnis vom Mineralgehalt der Organe, speziell der Knochen bei B a r l o w scher Krankheit ist namentlich auch mit

Hinsicht auf die Beziehungen zum Skorbut und zur Frage der denaturierten Nahrung und der lebenswichtigen Nahrungsstoffe erheblich. Es fehlen aber Organanalysen bei Barlowscher Krankheit noch völlig. Die Verff. analysierten die Knochen, Leber, Niere, Muskelsubstanz bei einem typischen Fall von Morbus Barlow (8 Monate alter Säugling, seit 6 Wochen krank, Epiphysenlösung, Zahnfleischblutungen usw.). Es fand sich, dem anatomischen Bilde entsprechend, eine enorme Verarmung des Knochens an Kalk und Phosphor ohne eine besondere Beteiligung eines der beiden an diesem Mangel. Kalium und Natrium waren im Knochen nicht vermindert. In den viszeralen Organen fand sich außer einer Vermehrung von Natrium, die wohl auf Ödemen beruhte, auch noch eine Kalkverarmung, die aber nur die Muskelsubstanz betraf. Der Phosphor war dagegen hier nicht vermindert. Die Mineralien verhalten sich also ähnlich wie bei Rachitis, was natürlich nicht für eine pathogenetische Identität mit der Rachitis zu verwenden ist. (Die Resultate sprechen gegen eine Deutung der Stoffwechselvorgänge bei M. Barlow, die kürzlich von Lust und Klocmann aufgestellt wurde, da sie mit den Ergebnissen von deren nur 4tägigen Stoffwechselversuchen in direktem Widerspruch stehen.)

Diskussion: Schabad (Petersburg). Es wäre interessant, das Verhältnis von Phosphor zu Kalk in den Knochen bei der Barlowschen Krankheit mit dem im rachitischen Knochen zu vergleichen.

Noeggerath (Freiburg) fragt, ob in der Anamnese des Falles schwere Ernährungsstörungen vorgekommen sind.

2. Sitzung am Sonnabend, den 20. September, nachmittags.

8. **Adolf Hecht** (Wien): *„Eigenartige Arhythmie bei einem Neugeborenen"*.

Bei einem gut entwickelten Neugeborenen von 3500 g, der sonst keinerlei Krankheitserscheinungen darbot und weiterhin, von anfänglichen Stillschwierigkeiten abgesehen, gut gedieh, fiel vom ersten Tage an eine eigenartige Arhythmie auf, die nach einer Woche vollständig und dauernd verschwand. Am 5. und 6. Lebenstage konnte während des Schlafes des Kindes eine Pulsfrequenz von 70 bei vollkommener Regelmäßigkeit konstatiert werden.

Schon während der Wehen im Verlauf der im übrigen normalen Geburt war dem Geburtshelfer (Assistent Dr. Pock) ein eigenartiger dreiteiliger Rhythmus aufgefallen, der ihm nicht als eine durch Asphyxie bedingte Rhythmusstörung imponierte.

Die am 2. Lebenstage nach Zuweisung durch Dr. v. Reuß vorgenommene elektrokardiographische Untersuchung ergab nun das Vorkommen von Ventrikelsystolenausfällen. Es traten nämlich, wie die demonstrierte Kurve zeigt, Vorhofsextrasystolen so vorzeitig auf, daß sie vielleicht auch ohne Schädigung des Reizleitungsvermögens nicht zum Ventrikel heruntergeleitet werden konnten. Der während des Schlafes beobachtete verlangsamte Puls dürfte auf einer Vorhofssystolenpause beruhen, die in gleicher Weise zum Halbrhythmus geführt hat. Am 17. Lebenstage war der elektrokardiographische Befund normal.

Wir dürften es hier mit einer intrauterin entstandenen und reparablen Schädigung der Vorhofsmuskulatur zu tun haben. Über die Häufigkeit derartiger Vorkommnisse läßt sich derzeit nichts aussagen.

9. **Wieland** (Basel): *„Intermittierendes Herzgeräusch bei angeborner Trikuspidalatresie"*.

Wieland hatte Gelegenheit, einen eigenartigen Fall von Morbus coeruleus bei einem 4 Monate alten Mädchen 2 Monate lang, d. h. bis zu dessen an Erstickung erfolgten Tode, zu beobachten und die Autopsie ausführen zu lassen.

Außer den gewöhnlichen Symptomen einer hochgradigen „Mischungszyanose" — (Blausucht mit geringen Stauungserscheinungen, Hyperglobulie, Dyspnoe) — zeigte das Kind bei objektiv — (d. h. perkutorisch und radiographisch!) — normaler Herzdämpfung ein lautes, von Schwirren begleitetes systolisches Geräusch über der Herzbasis mit dem Punctum maximum im zweiten rechten Interkostalraum. — Die 2. Töne stets rein, ohne Akzentuierung. Geräusch und Schwirren verschwanden tagelang vollständig, um mehrmals unvermittelt an gewöhnlicher Stelle und in früherer Intensität wieder für kurze Zeit aufzutreten. Das Kind litt an anfallsweisen, prolongierten Erstickungsanfällen mit gesteigerter Zyanose und Bewußtseinsverlust — (Zyanose paroxystique Variot). — Während derselben war das Geräusch nie zu hören; aber auch während der ruhigen Intervalle nur zeitweise und immer nur für wenige Stunden. Der auffallend hohe Blutdruck — (110 mm Riva-Rocci an der Brachialis!) — ließ, trotz klinisch fehlender Herzhypertrophie, noch am ehesten an Septumdefekt denken mit Überdruck im linken Ventrikel. Das Intermittieren des Geräusches blieb ganz unklar und scheint in dem beobachteten exquisiten Maße vielleicht noch kaum beschrieben worden zu sein. (Vergl. auch Rauchfuß und Vierordt: angeborene Herzkrankheiten.)

Die Sektion ergab völliges Fehlen des Ostium venosum dextrum samt Trikuspidalis, weiterhin eine trichterförmige enge Kommunikation (Septumdefekt) zwischen beiden Ventrikeln, offenes Foramen ovale, Hypertrophie des linken Ventrikels und beider Vorhöfe bei im übrigen völlig normal gebildetem Herzgefäß- und Klappenapparat. Der rechte Ventrikel mit normal ausgebildeter Art. pulmonalis war reduziert zu einem hohnengroßen Appendix des linken und erhielt sein Blut — (reines Mischblut!) — durch den engen Septumkanal. Die ganze Herzarbeit leistete der linke Ventrikel, was dessen Hypertrophie sowie den hohen Blutdruck hinlänglich erklärt. Das Geräusch konnte nur durch Reibung der Blutwelle im Septumdefekt zustande gekommen sein. Der intermittierende Charakter, speziell sein Ausbleiben im Verein mit stärkerer Zyanose und Dyspnoe, läßt zeitweise an Rückstauung des Blutes im linken Ventrikel denken, also an eine Art vorübergehender Kompensationsstörung. Gegen die Annahme eines bloß akzidentellen Herzgeräusches spricht dessen Stärke und Lokalisation — (Herzbasis) — sowie der ganze Charakter des Falles.

Angeborene Atresie oder richtiger Aplasie der Trikuspidalis ist einer der seltensten angebornen Herzfehler. Klinisch diagnostiziert wurde er bisher noch nie, weil die Symptomatologie zu wenig eindeutig ist. Auch geht diese Hemmungsbildung vielfach mit anderweitigen Entwicklungsfehlern des Herzens einher, was hier freilich nicht der Fall war. Isolierte Trikuspidalatresie fand Vortragender nur in 7 früheren Beobachtungen der Literatur. Diese Fälle scheinen ihm zusammenzugehören. Alle zeichnen sich unter anderem aus durch sehr kurze Lebensdauer. Bloß einmal wurde das erste Lebensjahr überschritten, im Gegensatz zu gewissen komplizierten, anderweitigen Beobachtungen von Trikuspidalatresie — vergl. Herxheiner im Handbuch der Mißbildungen von Schwalbe, 1910, III. Teil, 2. Abt.!) — mit zum Teil ganz beträchtlicher Lebensdauer (z. B. Fall Gelpke, 27 Jahre!).

Für diese letztern Fälle kommt vermutlich eine etwas andere Genese in Frage, nämlich eine primäre Hemmungsbildung von seiten der Septen und als deren Folge ein Verschluß des Ostium venosum im Sinne der bekannten Lehre Rokitanskys. Bei den Fällen von unkomplizierter (isolierter) Aplasie der Trikuspidalis dagegen, wie im vorliegenden und in den 7 weiteren Fällen der Literatur, wird man eher eine primäre, von Septumanomalie unabhängige Hemmungsbildung des Ostium venosum d. annehmen und die obligaten Begleiterscheinungen jeder derartigen Atresie von seiten des Septumapparates — (offenes Foramen ovale und Defekt im Septum ventriculorum!) — auf mechanische Weise erklären dürfen (Stauungstheorie Kußmauls). Diese abnormen Kommunikationen bilden in allen diesen relativ einfachen Fällen ein unbedingtes Erfordernis für die Erhaltung des fötalen Lebens und dürfen daher wohl, so gut wie die übrigen Veränderungen am Herzen aufgefaßt werden als einfache Anpassungserscheinungen an den frühzeitigen Wegfall der wichtigen Ventrikel-Vorhofkommunikation und an die hieraus resultierenden, abweichenden Druckverhältnisse im Herzinnern — (sekundäre Abflußbahnen für das im linken Ventrikel gestaute Blut!). — Diese Annahme ist um so gerechtfertigter, als die Terminationsperiode der isolierten Trikuspidalatresie möglicherweise (Kühne) in die Zeit vor Vollendung der physiologischen Septierung des embryonalen Herzschlauches fällt.

Diskussion: Auf eine Frage Bernheim-Karrers (Zürich) betreffend Ductus Botalli antwortet Wieland, daß dieser eben für eine feine Sonde durchgängig war.

10. **Aschenheim** (Dresden): *„Hat die Sonnenbestrahlung einen Einfluß auf die weißen Blutzellen?“*

Es wurde an gesunden oder in der Rekonvaleszenz befindlichen jüngeren und älteren Säuglingen geprüft, ob eine direkte Besonnung von durchschnittlich einer Stunde eine Veränderung der leukozytären Blutzusammensetzung hervorzurufen imstande ist.

Als wichtigste Befunde wurden festgestellt:

1. Eine allgemeine Vermehrung der weißen Blutzellen,

2. eine starke prozentuale und absolute Vermehrung der Lymphozyten,

3. eine starke prozentuale Verminderung der polynukleären, neutrophilen Zellen.

(Die großen Mononukleären waren meist etwas vermindert; die Eosinophilen zeigten ein schwankendes Verhalten.)

Da bei der Tuberkulose das Auftreten einer Lymphozytose als günstiges Zeichen angesehen wird, wird die Frage erörtert, ob als einer der vielen Faktoren, auf die die Erfolge der Heliotherapie bei Tuberkulose zurückzuführen sind, nicht die durch Besonnung hervorgerufene Lymphozytose anzusehen ist.

Diskussion: Feer (Zürich) fragt an, ob Kinder mit offenen Fisteln zu den Versuchen herangezogen seien. Sie würden in diesem Falle von besonderem Interesse sein, weil bekanntlich unter dem Einflusse der Sonnenbestrahlung eine starke Sekretion eintritt, die ihrerseits wiederum einen Einfluß auf die weißen Blutzellen haben müsse.

Aschenheim (Dresden) antwortet, daß er bisher solche Beobachtungen nicht gemacht habe.

11. **Raudnitz:** *„Zur Lehre vom Fazialisphänomen".*

Das sogenannte Fazialisphänomen hat jenseits des 5. Lebensjahres so ziemlich jede diagnostische Bedeutung verloren. Die Neurologen, welche doch die verschiedenartigsten Phänomene in ihren Untersuchungsschatz aufgenommen haben, beschäftigten sich mit demselben gar nicht. Z. B. fehlt es im Status der Prager deutschen psychiatrischen Klinik vollkommen. Trotz alledem wirkt seine ursprüngliche Beziehung zur Tetanie noch fort. Der Gedanke, daß es der Ausdruck einer relativen Insuffizienz der Epithelkörperchen, daß es ein „banales Zeichen" einer mit einer solchen Insuffizienz verknüpften Nervosität sei, daß es einer Miterkrankung der Epithelkörperchen bei Spitzenaffektionen entspreche, findet sich bei verschiedenen Forschern, welche sich in letzter Zeit mit dem Phänomen beschäftigt haben.

Ich suchte mich nun vor allem an einem großen Material, 2044 Menschen, über Häufigkeit und Stärke des Phänomens aufzuklären. Tafel I ist eine Zusammenstellung der bisherigen Ergebnisse, welche sich im großen ganzen mit jenen früherer Beobachter in Wien und Berlin decken. Bis zum 5. Lebensjahre sehr selten, tritt es nachher bei etwas mehr oder weniger als der Hälfte der Menschen auf. Chvostek II, d. h. Zucken des Mundes, der Nase und etwa noch der Stirne bei Beklopfen des Chvostekschen Punktes zeigt sich am häufigsten im Schulalter. Auch das Schultzesche Phänomen, welches bei bloßem Streichen über die Wangen auftritt, ist in diesem Alter bei 8% der Untersuchten vorhanden. Weder in diesem Alter, wie bekannt, aber auch nicht in späterem Alter konnte ich, soweit mein relativ geringes weibliches Material (300 Erwachsene) einen Schluß zuläßt, einen Unterschied zwischen beiden Geschlechtern finden. Dagegen zeigte sich ein sehr deutlicher zwischen den im Korpskommando und als Sanitätssoldaten einerseits und den bei der Truppe dienenden Soldaten. Die beiden ersteren hatten es viel häufiger, selbst als die Schulkinder, und die höheren Grade.

Da nun schon Kassowitz eine Beziehung zu den Schädlichkeiten der Stubenluft angenommen hatte, untersuchte ich die Insassen der Prager Zwangsarbeitsanstalt und der beiden Strafanstalten. Ich habe dabei, ebenso wie früher bei den Truppensoldaten, besonders gebucht, wenn das Phänomen zwar nicht bei Beklopfung des Chvostekschen Punktes, wohl aber beim Auftreten auf den Knochen oberhalb dieses Punktes auftrat.

Übrigens fand ich die Insassen der 3 Anstalten in besseren gesundheitlichen Verhältnissen, als sie nicht bloß unser Proletariat, sondern selbst ein großer Teil unseres Mittelstandes genießt. Deshalb und aus anderen sich während dieser Studien aufdrängenden Vermutungen untersuchte ich die bis auf 3 noch dazu luetischen Prostituierten der dermatologischen Klinik. Das Fazialisphänomen ergab dieselben Verhältnisse wie bei den Müttern unseres Ambulatoriums.

Nachdem H. Hochsinger von familiärer Disposition bei diesem Phänomen gesprochen hat, habe ich bei 135 Kindern auch die Mütter untersucht und Häufigkeit wie Stärke des Phänomens bei beiden auf Tafel II kenntlich gemacht. Die Zahlen sind, was die höheren Grade bei den Müttern anlangt, noch zu klein; vorläufig läßt sich ein gewisser Parallelismus herauslesen.

Dagegen zeigte sich das Fazialisphänomen bei den 41 Erwachsenen, welche im Jahre 1913 das Ambulatorium fast ausschließlich zum Zwecke der Tuberkulinbehandlung aufsuchten, nicht häufiger als bei den 135 zumeist gesunden Müttern.

Endlich habe ich das Phänomen bei Ziegen und Schafen gefunden, während es bei Affen, Hunden, Katzen, Kaninchen, Schweinen, Pferden, Rindern nicht beobachtet wurde. Damit ist die Grundlage gegeben, die durch das Escherichsche Experiment nicht vollkommen zurückgewiesene Möglichkeit, daß es sich um einen Reflex handle, genau zu prüfen.

Tafel I.

	Alter in Jahren	Zahl	Ø	nur vom Knochen	III	II	Schultze	I	Bemerkung zu den Tafeln:
			in Prozenten						
Ambul. Juli 1913	0—5	166	93·3	?	5·4	1·2	?	Ø	Es wurde jeweils die stärkste Form des Phänomens als bestehend notiert. War neben Chvostek I z. B. noch die Schultzesche Form vorhanden, so wurde der Fall unter I gebucht, ebenso bei Verschiedenheit auf beiden Seiten.
	6—15	84	54·8	?	34·5	7·1	?	4·7	
Schulmädchen Juli 1913	6—15	400	42·7	?	34·7	11·5	8·0	Ø	
Schulknaben Juli 1913	6—15	241	44·8	?	24·9	22·0	7·4	0·8	
Soldaten Kas. Juli 1913	19—25	204	55·3	3·4	34·3	5·8	0·4	0·4	
			58·7						
Sanitätssoldaten u. Korpskommando Juli 1913	22—30	130	33·8	?	46·1	8·4	10·0	1·5	
Ambul. Erw. Tuberk. Juli 1913	Erwachsene	41	44·0	?	48·7	4·8	?	2·4	
Ambul. Mütter Juli 1913	Erwachsene	135	48·8	?	40·0	5·9	?	5·2	
Zuchthaus September	20—30	37	37·9	5·4	45·9	8·1	Ø	2·7	
			43.2						
	31—40	34	41·1	26·4	26·4	0	2·9	2·9	
			67·6						
	über 40	24	50·0	33·3	16·6	Ø	Ø	Ø	
			83·3						
Männerstrafanstalt Pankratz September	16—30	231	61·9	5·1	21·2	3·4	2·5	6·0	
			67·0						
	31—40	87	47·1	13·7	33·3	Ø	2·3	3·4	
			60·9						
	über 40	75	68·0	12·0	14·6	2·6	1·4	1·4	
			80·0						
Weiberstrafanstalt Repy September	16—30	49	48·9	Ø	34·7	4·1	Ø	12·2	
	31—40	26	57·7	Ø	26·9	3·9	Ø	11·4	
	über 40	35	62·8	14·3	20·0	Ø	Ø	2·8	
			77·1						
Prostituierte September	17—30	25	48·0	Ø	44·0	Ø	4·0	4·0	

Tafel II.

Mütter	135	Kinder					
		Alter in Jahren	Zahl	0	III	II	I
				in Prozenten			
0	66	0—5	52	94·2	3·8	1·9	0
		6—14	14	35·7	35·7	28·6	0
III	54	0—5	37	83·8	13·5	2·7	0
		6—14	17	58·8	23·5	5·8	11·7
II	8	0—5	8	87·5	12·4	0	0
I	7	0—5	5	80·0	20·0	0	0
		6—14	2	50·0	50·0	0	0

Diskussion: Neurath (Wien). Die Wahl der Monate Juli bis September für die Untersuchungen schließt naturgemäß einen wichtigen, die Frequenz des Fazialisphänomens beeinflussenden Faktor aus, nämlich die Jahreszeit. Systematische Untersuchungen an Kindern und Müttern im Januar und Februar ergaben erheblich größere Zahlen für das Chvosteksche Phänomen als in den warmen Frühjahrsmonaten.

Zappert (Wien) hat ebenso wie der Vortragende die Beobachtung gemacht, daß ein Zusammenhang zwischen Fazialisphänomen und kindlicher Neuropathie anscheinend nicht besteht.

12. **Rudolf Fischl** (Prag): „*Zur Analyse der Thymusextraktwirkung.*" (Erscheint in der Originalabteilung dieser Monatsschrift.)

Die Lehre von den Thymusfunktionen ist noch immer eine recht lückenhafte und speziell über das Wesen der Wirksamkeit der Thymusextrakte herrschen große Meinungsverschiedenheiten, deren Entscheidung in dem einen oder andern Sinne Fischl anstrebte. In 73 an 95 Kaninchen angestellten Versuchen gelangte er zu folgenden Ergebnissen: auch einwandfrei gewonnene, aus der scheinbar auf der Höhe ihrer Funktion befindlichen Drüse hergestellte Extrakte sind in ihrer Wirkung sehr inkonstant, was schon teilweise die Verschiedenheit der bisherigen Befunde erklärt. So waren von den Kaninchenthymusextrakten 75%, von den Kalbsthymusextrakten 56% ohne Effekt. Dieser selbst ist ein sehr wechselnder und besteht in Erzeugung von Gerinnungen im Herzen und den Gefäßen, die in höheren Graden die Tiere unter starkem Blutdruckabfall und Krämpfen töten, während geringe Grade überstanden werden können.

Gleiche Erscheinungen lassen sich auch durch andere Organextrakte herbeiführen, mit denen Fischl vergleichsweise arbeitete und von welchen er Lungenextrakte besonders stark und konstant wirksam fand. Es handelt sich also um keine spezifische Wirkung

und stellt sich dieselbe, im Gegensatz zu solchen, stets erst nach einem gewissen Inkubationsstadium ein.

Die Bereitungsweise der Extrakte, welche mannigfach modifiziert wurde, ist auf ihre Wirkung ohne besonderen Einfluß; sie darf aber weder eine zu komplizierte sein noch mit differenten Mitteln arbeiten, da beides eine Verschleierung des eigentlichen Effektes herbeiführen kann.

Neben der Inkonstanz der Wirkung ist auch eine individuell verschiedene Reaktion einzelner Tiere zu beobachten, ohne daß sich hierfür ein bestimmter Grund eruieren ließ. Jedenfalls spielt die Größe derselben dabei keine Rolle, denn junge Tiere mit niedrigem Gewicht erwiesen sich nicht als besonders empfindlich.

Getrennte Mark- und Rindenextrakte der Thymusdrüse zeigten keine Abweichung im Effekt gegenüber den Auszügen des ganzen Organs.

Auch scheint die wirksame Substanz, also das supponierte Gerinnungsferment, nicht an die Drüsenzellen gebunden zu sein, denn zellfreie Extrakte waren mindestens ebenso wirksam wie zellreiche und Aufschwemmungen der Thymuszellen selbst hatten niemals irgend einen Effekt. Letzterer Umstand beweist auch, daß die Koagulation nicht etwa Folge einer Embolisierung mit Thymuselementen sein kann.

Dieses Gerinnungsferment muß, wenn die Annahme eines solchen richtig ist, auch im Probierglächen wirken, was sich in den entsprechenden Versuchen prägnant demonstrieren ließ. Dabei erzeugten nur auch bei der intravenösen Infusion wirksame Thymusextrakte in der Eprouvette Gerinnung, unwirksame verzögerten die Koagulation, wohl unter dem Einflusse der Verdünnung des Blutes, und der positive Effekt war ein so intensiver, daß er auch starke Hirudinwirkung überwand. Auch in diesen Versuchen waren zellfreie Auszüge ebenso wirksam wie zellhaltige. Diese besonders Lungenextrakten eigentümliche Fähigkeit ließe sich vielleicht in praxi zur lokalen Blutstillung verwerten.

Eine gegenseitige Beeinflussung der verschiedenen nicht spezifisch wirksamen Organextrakte erfolgt weder im Sinne einer Hemmung noch in dem einer Steigerung und der Effekt spezifisch wirksamer Extrakte wird durch sie in keiner Weise tangiert.

Vagusdurchschneidung und Atropinisierung der Tiere sind bezeichnenderweise auf die Extraktwirkung ohne Einfluß. Kochen scheint dieselbe nicht sehr abzuschwächen, während sie Filtration durch Tonkerzen aufhebt.

Eine Steigerung der Infusionsgeschwindigkeit erhöht den Effekt. Bei langsamer Eingießung steigender Dosen tritt eine gewisse Gewöhnung der Tiere an dieselben ein, so daß im weiteren Verlaufe solcher Versuche tödliche und noch größere Gaben folgenlos vertragen werden. Dies tritt auch bei Extrakten in Erscheinung, in denen das zugesetzte Konservierungsmittel den wesentlich wirksamen Faktor bildet.

Bei wiederholter Infusion in längerem Zeitintervall gelangen anaphylaxieartige Reaktionen zur Beobachtung, doch muß die Frage noch in methodischer Weise ausgearbeitet werden.

Bisweilen kann man schon von der kymographischen Kurve die schrittweise Entstehung der Koagulationen mit zunehmender Depression des Blutdruckes ablesen und findet unter solchen Verhältnissen besonders massige, offenbar gradatim entstandene Gerinnungen.

Die Koagulation erfolgt sicher intra vitam, denn sie ist bei noch schlagendem Herzen und bei vivisezierten Tieren nachweisbar.

Durch genügende Vorbehandlung mit Hirudin läßt sich der Effekt sehr wirksamer Organauszüge vollkommen paralysieren.

Entzieht man den Tieren maximale Blutmengen, bis über 5% ihres Körpergewichtes, und ersetzt sie durch Ringerlösung, so wirkt der Thymusextrakt auch noch in dem höchstgradig verdünnten Blute stark koagulierend und senkt dadurch den Blutdruck bis zum Nullpunkt.

Entsprechend den erwähnten Effekten ist auch das Verhalten von Herzaktion und Atmung; erstere ist meist retardiert und irregulär, letztere verlangsamt, unregelmäßig und aussetzend, kurz vor dem Exitus typisch terminal. Der Herzschlag sistiert in der Regel vor der Atmung.

Die terminalen Krämpfe scheinen anämischer Natur zu sein; Thrombosen der Gefäße der Medulla oblongata als Ursache derselben und der Herz- und Atemstörung wurden in den darauf untersuchten Fällen vermißt.

Der Sektionsbefund der Tiere deutet nicht auf einen Erstickungstod; Ekchymosen an der Lungenoberfläche sind inkonstant, spärlich und klein, weshalb Fischl ihre Entstehung in der Zeit der terminalen Krämpfe annimmt. Veränderungen in den Nebennieren, die einen toxischen Ursprung der Extraktwirkung nahelegen würden, sind bei den Sektionen stets vermißt worden.

Der Effekt der Thymusextrakte, soweit die akute Wirkung bei intravenöser Infusion in Frage kommt, unterscheidet sich in nichts von dem anderer nicht spezifisch wirksamer Organauszüge und beruht auf der Produktion intravaskulärer Gerinnungen mit ihren Folgen. Derselbe gestattet keinerlei Schluß auf die Funktionen dieser Drüse und sind daher alle früher aus solchen Versuchen abgeleiteten Folgerungen als vollständig unbewiesen abzulehnen.

13. **Bahrdt:** *„Ernährungsversuche mit Friedenthalscher Milch".*

Wenn auch die Brustnahrung immer wieder in den Vordergrund aller den Säugling betreffenden hygienischen Bestrebungen zu stellen ist, so bleibt doch eine Verbesserung der künstlichen Ernährung des gesunden Säuglings für die Fälle, wo die Brust fehlt, eines der wichtigsten Probleme. Ersatzmittel der Muttermilch standen in den letzten Jahrzehnten in keinem guten Rufe, weil sie nicht erfüllten, was sie erstrebten und oft sogar gefährlich wurden. Die Verbesserungen der sogenannten Heilnahrungen haben uns noch nicht die einheitliche Säuglingsnahrung für das gesunde Kind gebracht. Der Physiologe Friedenthal hat als erster diese Versuche wieder aufgenommen, und zwar von dem Standpunkte aus, alle Fortschritte unserer Kenntnisse von der Frauenmilch, ohne Berücksichtigung bisheriger Erfahrungen mit Heilnahrungen, zu benutzen. Der wesentlichste Erfolg ist eine bedeutend bessere Imitation der Frauenmilchmolke, insbesondere der Mineralstoffe, deren überwiegende Bedeutung auch für die Wirkung der Energiespender bei der Verdauung und auf das Wachstum in der letzten Zeit mehr und mehr erkannt wurde. Die Milch enthält auch Fett und Zucker, welche sonst als die schädlichen Stoffe der Kuhmilch gefürchtet werden, in höherer Konzentration als die gewöhnlichen Milchmischungen und entsprechend der Frauenmilch. Praktische Versuche mit dieser Milch sind schon von Schloß unternommen, aber wieder aufgegeben worden. Seine molkenadaptierte Milch basiert aber auf demselben Prinzip. Im Kaiserin-Auguste-Victoria-Hause zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche wurden 150 Kinder mit der Milch ernährt. Davon kommen 89 für eine zahlenmäßige Bewertung in Betracht. Nämlich: 27 gesunde, 7 Neugeborene, 10 Frühgeburten und 37 kranke. Die Erfolge waren auffallend gute, namentlich im Vergleich mit den gewöhnlichen Milchmischungen zeigte die Nahrung eine große Überlegenheit, und zwar interessanterweise, obwohl nachweislich die Herstellung nicht einwandfrei war. Vor allem wurden vollständige Mißerfolge, gefährliche Zufälle,

wie sie bei fast jeder anderen Nahrung vorkommen, höchst selten beobachtet. Ein gutes Gedeihen zeigten besonders auch Neugeborene. Wichtig ist auch, daß die Kinder Infektionen, wie sie in Anstalten so häufig vorkommen, meist ohne eine Wirkung auf das Gedeihen überstanden. Die Erfolge ließen sich sehr deutlich und zahlenmäßig demonstrieren an den durchschnittlichen Gewichtsveränderungen vor und während der Ernährung. Z. B. bei den Gesunden vorher 70, während 123, bei den Kranken vorher 44, während 98 (pro Woche aus langen Perioden berechnet). Nicht maßgebend für die Beurteilung darf die Art der Stühle sein, die wie bei Brustkindern sehr oft zerfahren sind, ohne daß irgend eine eigentliche Störung vorliegt. Die praktische Herstellung ist noch nicht vollkommen, insofern die vorgeschriebene Korrelation der Mineralstoffe nicht gut eingehalten wurde und zeitweise die Milch auch sehr keimreich war. Bemerkenswerterweise hatten die Bakterien keine Störungen zur Folge. Die Stoffwechselvorgänge wurden an Säuglingen in Versuchen von 21 Tagen (unter Mitwirkung von D. Bamberg) studiert, und zwar der Chlor-, Kalk-, Phosphor-, Kalium-, Natrium-, Magnesium- und Stickstoffwechsel. Die Versuche zeigten, daß die Retention dieser Stoffe gut ist. Die Versuche sind sehr ermunternd, beweisen vor allem auch praktisch, daß es aussichtsreich ist, mit modernen Methoden die künstliche Ernährung des gesunden Säuglings neu zu bearbeiten. Schon jetzt besitzen wir eine praktisch brauchbare Nahrung, welche für fast alle Säuglinge geeignet und besser ist als die üblichen einfachen Milchverdünnungen, wenn auch das Ideal der Frauenmilch selbstverständlich nicht erreicht wird. (Die Untersuchungen werden ausführlich veröffentlicht werden.)

Diskussion: Auf eine Anfrage Heubners (Dresden) antwortet Bahrdt zunächst, daß der Preis, für welchen die Friedenthalsche Milch in der Praxis künftig verkauft werde, noch nicht bestimmt sei, voraussichtlich aber 50 bis 60 Pfennig pro Liter betragen würde.

Erich Müller (Berlin). Nach dem Prospekt enthält die Friedenthalsche Milch 0·3 bis 0·39% Salze. Müller selbst fand bis zu 0·5%, während in der Frauenmilch 0·18 bis 0·20% Salze enthalten sind. Wenn es sich um eine Annäherung der Kunstnahrung an die Frauenmilch handeln solle, so bedeutet die Friedenthalsche Milch einen Rückschritt gegenüber der Backhausmilch.

Langstein (Charlottenburg) tritt für die Friedenthalsche Milch ein.

11. **Thomas** sprach über gemeinsam mit **Hornemann** ausgeführte Versuche *„zur Frage des Zusammenhanges von Infektion und Ernährung"*.

Bei experimenteller Prüfung der Beziehungen von Infektion und Ernährung ist zu unterscheiden zwischen der Prüfung auf Resistenz, d. h. ob eine bestimmte Art von Ernährung den Eintritt einer Infektionskrankheit begünstigt oder erschwert, und der Prüfung, ob eine bestimmte Art der Ernährung den Verlauf einer bereits eingetretenen Infektion beeinflußt. 15 gleichalterige Ferkel wurden zunächst gemeinsam ernährt, erhielten dann auch schon gemeinsam die Substanzen, welche später als Zusatzstoffe für die einzelnen Tiergruppen ausersehen waren. Nach dieser Vorperiode erhielten die Tiere in einer kurzen Übergangsperiode eine Nahrung, welche zur Hälfte aus der bisherigen und zur Hälfte aus der im Anfang gegebenen eigentlichen Versuchsnahrung bestand. Am Schlusse dieser Periode fand bei 7 Tieren die Infektion durch subkutane Injektion von Perlsuchtbazillen statt. Sodann wurden die infizierten und die 8 nicht infizierten Kontrolltiere in Gruppen geteilt und folgendermaßen ernährt: Die einzelnen Gruppen bekamen gleiche Mengen von Halbmilch und in dieser isodyname Mengen von Kohlehydrat (Kartoffel und Zucker), Fett (Palmin) und Eiweiß (Kasein), sowie von gemischter Nahrung (1 Tier).

Auf diese Weise erhielten alle Gruppen gleich viel Wasser und Salze sowie die gleiche Anzahl von Kalorien. Die Zusatzkalorien machten anfangs 22 bis 30%, in den letzten 4 Wochen vor der Sektion 46% der Gesamtkalorien (Halbmilch und Zusätze) aus. Beim Auftreten der ersten klinischen Symptome Sektion: Die beiden Eiweißtiere wiesen übereinstimmend die geringste Ausbreitung der Tuberkulose auf, während die Kohlehydrattiere eine außerordentliche Ausdehnung derselben zeigten. Die 8 übrigen Tiere dienten als Kontrollen. Von Interesse war es, daß weder sie noch die anderen Tiere Störungen in der Gewichtszunahme aufwiesen.

Diskussion: Eine Anfrage Molls (Wien), ob bezüglich der Empfänglichkeit für Infektionskrankheiten Kontrollversuche an Tieren gemacht wurden, verneint der Vortragende.

15. **Jehle** (Wien): *„Klinische und experimentelle Beiträge zur Frage der Albuminurie."*

Orthotische und lordotische Albuminurien lassen sich nach ihren Symptomen nicht trennen. Dauer und Intensität der Albuminurie hängt von Dauer und Intensität der eiweißproduzierenden Ursachen ab. Mit Einsetzen der Albuminurie tritt bei beiden Formen (orthotisch und lordotisch) eine Oligurie sowie vorübergehend eine Retention von Kochsalz und Harnstoff auf. Ist in einzelnen Fällen die Retention längere Zeit hindurch nachweisbar, so finden sich mitunter in den späteren Harnportionen Zylinder als Zeichen einer lokalen Veränderung in den Nieren, wahrscheinlich eines Nierenödems.

Durch Hochlagerung gelingt es, bei Nephritikern eine starke Diurese mit entsprechender Abnahme der Albuminurie zu erzielen. In einem Falle von Scharlachnephritis mit starker Oligurie hatte die Hochlagerung den Erfolg, daß beinahe die Hälfte der Gesamtmenge an Wasser in 2 Stunden entleert wurde.

Für die Stauungsfrage muß die Wichtigkeit der Nierenkapsel betont werden. In Tierexperimenten zeigte sich, daß sich normale und dekapsulierte Nieren in bezug auf Stauung und nachfolgende Herstellung der Zirkulation außerordentlich verschieden verhalten, insofern sich in den entkapselten Nieren dieselbe langsamer und unvollkommener herstellt. Gestaute Nieren zeigen bei Dekapsulation eine Ausschwitzung von Ödem auf die Nierenoberfläche mit gleichzeitiger Anspannung des Organs und Verringerung der Zyanose. In zwei Fällen trat auf Aderlaß eine deutliche Anämisierung der zyanotischen, entkapselten Nieren ein, eine Wirkung, welche sich auf reflektorische Beeinflussung der Nierengefäße zurückführen läßt.

Die Funktion der Nierenkapseln spielt bei den physiologischen Vorgängen und bei den pathologischen Veränderungen in der Niere eine wichtige Rolle. So läßt sich bei orthotischer Albuminurie eine Minderwertigkeit des elastischen Körpergewebes und insbesondere auch der Nierenkapsel annehmen, um so mehr, als in der Zeit, in welcher die orthotische Albuminurie am häufigsten nachweisbar ist, ein besonderes Mißverhältnis zwischen der rasch wachsenden Niere und der Kapsel besteht.

Auch für die Nephritis ist die Kapselfunktion zu berücksichtigen. Bei der akuten Nephritis kommt das Zugrundegehen des elastischen Gewebes in der Nierenkapsel in Betracht. Für die Einwirkung der Kapsel auf die nephritischen Erscheinungen (Oligurie, Anurie, Albuminurie) sprechen die Erfolge der chirurgischen Eingriffe, bei denen eine Entspannung der Niere durch Dekapsulation erzielt wird. Bei chronischer Nephritis erscheint die Niere durch die festangewachsene, derb verdickte Kapsel, in der das elastische Gewebe zugrunde geht, schwer in ihrer Funktion geschädigt. In diesem Falle würde ein chirurgischer Eingriff keinen Erfolg zeigen, da dieser wiederum im „Heilungs"-Prozesse zu einer derben Schwiele führt.

3. Sitzung am Sonntag, den 21. September, vormittags.

16. **Arvo Ylppö** (Helsingfors): *„Iklerus neonatorum und Gallenfarbstoff beim Fötus und Neugeborenen."*

Mit Hilfe einer selbst ausgearbeiteten spektrophotometrischen Methode hat Verf. das Verhalten des Gallenfarbstoffes im Organismus ikterischer und nichtikterischer Kinder verfolgt. Er hat gefunden, daß die Gallenfarbstoffausscheidung bei ikterischen und nichtikterischen keinen prinzipiellen Unterschied zeigt.

Aus seinen Blutuntersuchungen geht weiter hervor, daß bei allen Kindern im Nabelschnurblut vermehrte Mengen von Gallenfarbstoff kreisen. Dann steigt der Gallenfarbstoffgehalt bei jedem Kinde; wird eine bestimmte Grenze überschritten, so tritt Hautikterus auf. Der Gallenfarbstoffgehalt geht im allgemeinen der Intensität des Hautikterus parallel. Bei den Frühgeburten hat der Vortragende die höchsten Werte gefunden; der Ikterus dauert bei diesen auch gewöhnlich mehrere Wochen und sie werden alle ikterisch.

Die Entstehung des Ikterus neonatorum führt Verf. auf Grund seiner Untersuchung auf fötale Verhältnisse zurück und der Ikterus neonatorum beruht darauf, daß die Leber der Neugeborenen nach der Geburt noch einige Zeit einen merkbaren Teil vom Gallenfarbstoff ins Blut übergehen läßt, wie dies jede fötale Leber tut.

Der Ikterus neonatorum ist nach Verf. eine physiologische und einheitliche Erscheinung, auf deren Verlauf verschiedene äußere Momente (Infektion usw.) keinen Einfluß haben.

17. **Ada Hirsch** (Wien): *„Die physiologische Iklerusbereitschaft des Neugeborenen."*

Experimentell läßt sich der Einfluß sowohl von Anämie wie von Hyperämie auf die Stärke des Ikterus leicht demonstrieren: Durch Applikation von Kollodium läßt sich jede Hautstelle anämisieren. Nach Entfernen desselben ist sie blaß und ikterusfrei, wird nun nach wenigen Sekunden hyperämisch, nach 2 bis 3 Minuten ödematös und stärker gelb gefärbt als die angrenzenden Hautpartien. Mit Hilfe dieser „Kollodiumreaktion" läßt sich das Auftreten und Verschwinden des Ikterus leicht nachweisen. Außerdem wendete Vortragende die kolorimetrische Methode (van den Berg und Snapper) der Ehrlichschen Diazoreaktion zur Bestimmung des Gallenfarbstoffes an. Aus den Ergebnissen lassen sich folgende Schlüsse ziehen:

1. Alle Kinder haben im Nabelschnurblutserum bereits mehr Bilirubin als Erwachsene oder Kinder im Alter von einigen Wochen.

2. Die Stärke des Ikterus neonatorum geht im allgemeinen parallel der Stärke dieser Reaktion im Nabelschnurserum.

3. Es findet sich bei jedem Kinde in den ersten 24 Stunden, eventuell noch am zweiten Lebenstage, ein Anstieg des Bilirubins im Serum. Bei ikterischen Kindern bleibt dieser Wert längere Zeit so hoch, während es bei ikterusfreien Kindern nach 1 bis 3 Tagen zu raschem Abfalle selbst bis unter den Anfangswert bei der Geburt kommt.

Es resultiert also, daß bereits vor der Abnabelung das Serum des Neugeborenen relativ viel Bilirubin enthält, daß dieser Wert nach der Geburt rasch ansteigt und in zirka 24 Stunden sein Maximum erreicht. Woher dieser Farbstoff stammt, darüber geben die Untersuchungen der Vortragenden keinen Aufschluß. Sie sprechen aber gegen jene Theorien, die als primäre Ursache für den Ikterus neonatorum eine Infektion oder sonst eine Noxe, die erst post partum wirkt, an-

nehmen. Und wenn zugegeben werden muß, daß diese Faktoren den weiteren Verlauf des Ikterus neonatorum beeinflussen können, so zeigen die Unteruschungen der Vortragenden jedenfalls, daß ganz unabhängig davon bei jedem Kinde unmittelbar nach der Geburt eine Ikterusbereitschaft vorhanden ist, die wir, weil dieser Nachweis bei jedem Kinde gelingt, als die physiologische Ikterusbereitschaft des Neugeborenen auffassen müssen.

Diskussion zu beiden Vorträgen: Knöpfelmacher (Wien). Die Ergebnisse der Untersuchungen von Ylppö stehen nicht im Widerspruche zu unseren bisherigen Anschauungen. Die Annahme, daß fötale Verhältnisse das Primäre sind, ist nicht berechtigt; denn der Fötus zeigt keinen Ikterus. Wahrscheinlich besitzt die fötale Leberzelle die Funktion der Gallensekretion noch nicht vollständig, oder es besteht eine Hemmung für die Sekretion.

Heubner (Dresden) fragt an, auf Grund welcher Befunde Ylppö die Quinckesche Theorie als widerlegt betrachtet.

Aschenheim (Dresden) hält es für wahrscheinlich, daß bei der Entstehung des Ikterus der Blutzerfall bei der Mutter eine Rolle spielt. Dafür spreche die Tatsache, daß der Ikterus erst nach der Geburt auftritt.

Spitzy (Wien) weist auf seine Erfahrungen als Chirurg hin, daß die Heilungsverhältnisse bei ikterischen Kindern besonders ungünstig sind und daß diese zu Infektionen neigen. Bekannt sei die Häufigkeit der Koinzidenz von Sepsis und Ikterus neonatorum. Es ist nicht aufgeklärt, ob die Ursache dieser Beobachtungen in einer Abschwächung der bakteriziden Kraft des Blutes oder in einer Änderung der Zusammensetzung oder der Gerinnungsfähigkeit des Blutes liegt.

Langstein (Charlottenburg) spricht die Vermutung aus, daß der Ikterus in Zusammenhang mit der Albuminurie der Neugeborenen steht.

Rietschel (Dresden) schreibt den mechanischen Veränderungen, die mit der Geburt verbunden sind, eine Rolle bei der Entstehung des Ikterus zu. Es komme zu einer Störung der Zirkulationsverhältnisse und so zu einer Schädigung der Leber, die nach Ylppö den Ikterus verursacht.

Knöpfelmacher (Wien) sieht den Zusammenhang zwischen Ikterus und Albuminurie darin, daß beide von derselben Ursache abhängig sind.

v. Reuß (Wien). Daß die Leber bei Ikterus neonatorum eine entscheidende Rolle spielt, scheint dadurch bewiesen, daß bei Anwesenheit von reduziertem Gallenfarbstoff im Darme leicht Urobilinurie auftritt.

Jehle (Wien). Die Albuminurie der Neugeborenen, welche mit dem Momente auftritt, wo das Kind gestreckt wird, dürfte als Stauungsalbuminurie durch lordotische Streckung aufzufassen sein.

Raudnitz (Prag) sieht ebenfalls die Quinckesche Theorie durch die vorgetragenen Untersuchungsergebnisse nicht als widerlegt an. Die größeren Bilirubinmengen im Nabelschnurblut lassen sich aus dem Bilirubindepot des Fötus (Mekonium) erklären. Bei einem Neugeborenen wurde gelegentlich einer Operation wegen Imperforatio ani bald nach der Geburt der Darm vollständig leer gewaschen: es trat bei diesem Kinde kein Ikterus auf.

Spieler (Wien) weist auf die alte Hebammenerfahrung hin, daß der Ikterus um so schwächer ist, je gründlicher die Entleerung des Darmes unmittelbar nach der Geburt erfolgt.

Fischl (Prag). Für die Beziehungen zwischen Ikterus und Zirkulationsstörungen spricht die Tatsache, daß gerade jene Neugeborenen, welche eine intensive Hauthyperämie zeigen, ikterisch werden. Albuminurie und Ikterus zeigen einen verschiedenen zeitlichen Ablauf, was nicht gerade für einen ätiologischen Zusammenhang zwischen beiden spricht.

Yippö (Schlußwort). Die Gallfarbstoffbildung beim Fötus ist sehr klein (in der ganzen fötalen Periode 35 mg).

18. **Hans Janusehke** (Kinderklinik Wien). *„Beiträge zur Epilepsiebehandlung"*.

Die Frage, ob das Bromnatrium im tierischen und menschlichen Körper durch Bromidionen oder durch Chloridverdrängung wirkt, wurde durch Tierversuche gemeinsam mit Dr. J. Inaba, Ada Hirsch und Gisa Kaminer und durch exakte Beobachtungen am Menschen folgendermaßen beantwortet: Die akute Bromnarkose der Versuchstiere, ferner der Schutz, den das Bromnatrium gegen künstlich erzeugte epileptische Krämpfe bei den Tieren und auch bei zahlreichen menschlichen Epilepsieformen ausübt, kommen durch Bromionenwirkung zustande. Hingegen beruhen die Erscheinungen der chronischen Bromvergiftung bei Tieren und Menschen auf Chloridverdrängung und können verhütet werden, wenn man neben dem Bromnatrium chemisch äquivalente Kochsalzmengen füttert. Die Heilwirkung des Broms auf die Krämpfe wird dadurch nicht gestört. Untersuchungen an überlebenden Froschherzen zeigten, daß hier die Bromidwirkung besonders scharf in Gegensatz tritt zu verschiedenen Arten von Chloridmangel. Entsprechende Tierversuche haben dazu geführt, bei epileptischen Menschen Bromkalzium anzuwenden und dadurch solche Epilepsien zu heilen, welche durch die übliche Bromnatriumtherapie nicht zu bezwingen waren, selbst wenn die Bromwirkung durch kochsalzarme Diät verstärkt wurde. Schließlich gelang es noch, bei einem petit mal (Absence oder Wegbleiben), einem Leiden, das bisher als unbeeinflußbar galt, die Anfälle fast vollständig zu beseitigen, und zwar durch medikamentöse Erweiterung der Gehirngefäße, entsprechend einem vom Vortragenden vertretenen Prinzip: die Hyperämie als Heilmittel bei funktionellen Erkrankungen des Nervensystems.

Diskussion: Auf Anfrage Langsteins (Charlottenburg), in welcher Dosis das Bromkalzium verwendet wurde, antwortet Janusehke, daß er bei einem 12jährigen Mädchen bei kochsalzarmer Diät dreimal täglich 1 g verabreichte.

Blühdorn (Göttingen) weist auf seine klinischen Beobachtungen hin, aus denen hervorgeht, daß bei Spasmophilie dem Bromkalzium gegenüber dem Chlorkalzium keine Vorzüge zukommen und daß die exsudathemmende Wirkung der Kalksalze nicht immer sicher sei.

Janusehke (Schlußwort). Daß Kalksalze bei manchen entzündlichen Exsudaten versagen, kommt auch im Tierversuche vor; nicht jede Exsudation wird gehemmt.

19. **Moll** (Wien): *Experimentelle Spasmophilie.*"

Bekanntlich gelingt es nicht, junge Meerschweinchen oder Kaninchen ausschließlich mit Kuhmilch zu ernähren (Moro, Brünnig). Wenn man aber diese Tiere unter guten hygienischen Verhältnissen hält, mit einer Mischung von Milch und Mehl ernährt, dabei tastend vorgeht, d. i. beim Auftreten von Diarrhöen und Gewichtsstörungen der Nahrung mehr Mehl zusetzt, bei stärkeren Gewichtsanstiegen wieder letzteres vermindert, so gelingt es, die Tiere längere Zeit am Leben zu erhalten. Die Versuche wurden vornehmlich am Kaninchen gemacht. Die Tiere eines gewöhnlich 3 bis 4 Wochen alten Wurfes wurden von den Kontrollgeschwistern getrennt und in einem von Heu und Stroh freien Käfig gehalten. Durch Fütterung der Tiere anfangs, d. i. durch 2 bis 3 Wochen, mit Kuhmilch, später mit einer Mischung von ¼ Liter Wasser, ¾ Liter Milch, 2 gehäuften Eßlöffeln Hafermehl gelingt es die Tiere am Leben zu halten. Die Gewichtszunahmen sind unregelmäßig und bewegen sich im Vergleich

zu den normal gefütterten Kontrollgeschwistern in weit kleineren Grenzen. Die so ernährten Tiere zeigen im Verlaufe der ersten Monate alle Erscheinungen des ernährungsgestörten Kindes von der einfachen Bilanzstörung bis zur schwersten Dekomposition.

Bei längerer Ernährung mit Hafermilch zeigen die Tiere ein Zurückbleiben im Wachstum, Meteorismus, Obstipation (Seifenstühle), oft reduzierende Substanzen im Harne, stets eine starke Ca- und P-Ausscheidung.

Das hervorstechendste Merkmal dieser Tiere gegenüber ihren normal genährten Kontrollgeschwistern tritt aber bei der elektrischen Untersuchung zutage. Gewöhnlich schon in der Mitte oder am Ende des dritten Monates, wenn die Tiere ein Durchschnittsgewicht von zirka 1000 g erreicht hatten, während das der Kontrollgeschwister zirka 1300 bis 1400 g betrug, war eine bedeutend erhöhte elektrische Erregbarkeit zu konstatieren.

Der Umstand, daß die normal genährten Kontrollgeschwister stets als Kontrolle dienten, ließ die Grade der Übererregbarkeit quantitativ feststellen. Ein Beispiel:

Gesund	Krank
K.-S.-Z. < 3·2	K.-S.-Z. = 1·8
K.-Ö.-Z. > 5·0	K.-Ö.-Z. = 2·2
A.-S.-Z. = 3·5	A.-S.-Z. = 1·0
A.-Ö.-Z. > 5·0	A.-Ö.-Z. = 0·8

Zu diesen Erscheinungen einer gesteigerten Übererregbarkeit gesellen sich gewöhnlich in der Zeit, als die Tiere ein Gewicht von 1400 bis 1600 g erreicht hatten, eine an der Extremitätenmuskulatur sich dokumentierende Hypertonie der Muskulatur. Der Gang wurde durch diese Spannung beschränkt. Bei einzelnen Tieren kam es zu einer rachitisartigen Verkrümmung der vorderen Extremitätenknochen.

Die histologische Untersuchung der Knochen ist zwar noch nicht abgeschlossen, doch sprechen die bisherigen Untersuchungen für pathologische Veränderungen, welche der Rachitis sehr nahestehen. Das Kaninchen erkrankt bekanntlich sehr selten an Rachitis. Es sei aber hierbei gleich bemerkt, daß Tiere, bei denen die histologische Untersuchung ein normales Verhältnis aufwies, auch Übererregbarkeitserscheinungen darboten.

Die Sektion ergab bei den Tieren im allgemeinen bis auf eine starke Füllung des Darmes mit Milchkot keine besondere Veränderung. Bei einigen Tieren enteritische Veränderungen geringen Grades. An den inneren Organen war nichts Charakteristisches konstatierbar. In einzelnen, besonders vorgeschrittenen Fällen, etwas parenchym. Degeneration von Nieren und Leber. Bezüglich der Epithelkörperchen ist zu sagen: Unter den vielen untersuchten Fällen war eine große Anzahl mit vollständig normalem Aussehen und histologischem Befund. Bei einer anderen, ebenfalls stattlichen Anzahl der Fälle zeigten die Epithelkörperchen eine Vergrößerung, die sich histologisch als einfache Hypertrophie erwies.

Noch ist zu bemerken, daß die Prüfung des Fazialis- und Trousseauschen Phänomens bei der schon natürlich vorhandenen Reflexempfindlichkeit der Kaninchen so schwankende Werte ergab, daß von diesem Symptom zur Charakteristik der Erscheinungen abgesehen werden mußte.

Von großem Interesse ist, daß im Verlaufe der künstlichen Ernährungsstörungen bei den Tieren auch parenterale Infektionen — wie Hautabszesse (Furunkulosis), Dekubitusgeschwüre, Prolapsus recti — zur Beobachtung kamen. Die Erscheinungen schwanden beziehungsweise besserten sich bei Rückkehr zur normalen Nahrung.

Die geschilderten spasmophilen Erscheinungen konnten zum Schwinden gebracht werden, wenn die kranken Kaninchen auf normale Kost (Hafer und Grünfutter oder Hafer, Kohl und Heu) gesetzt wurden. Die Tiere nahmen besser an Gewicht zu, die elektrischen Untersuchungen ergaben volle Übereinstimmung mit den gesunden Kontrollgeschwistern. Der Übergang zu den normalen Werten vollzog sich sehr bald, gewöhnlich innerhalb einer Woche, manchmal schon nach 1- bis 2tägiger Fütterung mit normalem Futter.

Die Untersuchung, auf welchen Faktor im Grünfutter die heilende Wirkung zurückzuführen sei, ergab ein negatives Resultat für den Preß-saft, ein positives für den gewaschenen Preßkuchen. Das gab Veranlassung, Versuche mit reiner Zellulose (Zellstoff) zu machen, welche auch einen positiven Erfolg hatten. Gewöhnlich nach einwöchiger Zugabe von Zellstoff (nebst der Hafermilchkost) waren die spasmophilen Erscheinungen zurückgegangen.

Aus diesen Versuchen kann der Schluß gezogen werden, daß es vorwiegend die Zellulose ist, welche bei der heilenden Wirkung der Grasfütterung in Betracht kommt. Vielleicht ist es der Darmreiz, den die Zellulose ausübt, vielleicht ihre resorbierende Wirkung. Vielleicht bringen noch die im Gange befindlichen Stoffwechseluntersuchungen genauere Anhaltspunkte. Um den Einfluß der Salze zu prüfen, wurde

a) eine molkensalzarme Milchnahrung gegeben.

1½ Liter Milch spontan geronnen, dann filtriert, der Käse in einem Kolliertuch gewaschen, bis die saure Reaktion fast geschwunden, der Niederschlag vom Filter genommen, mit Wasser verrührt und mit Na_2CO_3 minimal alkalisch gemacht. Das Ganze wird auf ¾ Liter Wasser gebracht, 2 Eßlöffel Hafermehl und eine Viertelstunde gekocht.

b) Wurde die Milchnahrung mit Pflanzenasche angereichert.

250 g Kohlblätter werden zerstückelt, bei 40° getrocknet, hierauf im Muffelofen verascht. Man erhält von 250 g grünem Kohlblatt 45 g Asche.

Die Versuche ergaben keinerlei Einfluß auf die Übererregbarkeit.

Versuche mit intravenöser Injektion von $CaCl_2$ ergaben in zwei Fällen eine vorübergehende Herabsetzung der Übererregbarkeit nach intravenöser Injektion von 0·05 g $CaCl_2$. Nach 1 Stunde war eine mäßige, doch aber deutliche Herabsetzung der Schließungs- und Öffnungszuckungen zu beobachten. Diese Herabsetzung begann nach 6 Stunden allmählich zu schwinden. Nach 24 Stunden war die Herabsetzung geschwunden und die alten Werte wieder da.

Bezüglich der Epithelkörperchen ist noch zu sagen: Die Exstirpation der beiden äußeren Epithelkörperchen hatte weder bei gesunden, noch bei den kranken Milchtieren einen Einfluß auf die elektrische Erregbarkeit. Dagegen konnte in mehreren Fällen festgestellt werden, daß bei kranken Milchtieren mit hoher Übererregbarkeit, denen die äußeren Epithelkörperchen exstirpiert worden waren, die heilende Wirkung der Grünfütterung erst nach einer viel längeren Zeit (mehrere Wochen) und ganz allmählich auftrat, während bei den nicht operierten Tieren das Normalfutter schon nach 2 bis 3 Tagen die kranken Erregbarkeitswerte auslöschte.

Das lenkt zu der Vorstellung, daß vielleicht unter dem Einflusse der Darmgifte die Epithelkörperchen bei unseren Tieren geschädigt wurden, und daß ihre normale, die Nervenerregbarkeit hemmende Rolle gestört, geschwächt wurde. Das Primäre ist die durch die Ernährungsstörung bedingte Intoxikation, das Sekundäre die gestörte Funktion der Epithelkörperchen.

20. **Berend** (Budapest): *„Die Magnesiumsulfat-Behandlung der spasmophilen Krämpfe"*. (Erscheint in der Originalabteilung dieser Monatsschrift.)

Die Störung im Stoffwechsel des spasmophilen Kindes ist nicht nur für Ca und P erwiesen, sie ist in bezug auf den Mg-Stoffwechsel auch sehr wahrscheinlich gemacht. Außerdem weisen die Liefmannschen Untersuchungen auf das Bestehen einer Azidose bei parathyreopriven Tieren hin.

Die große Unregelmäßigkeit der Schwankungen im Mg-Stoffwechsel (Tangl), die durch Morawitz nachgewiesenen Verschiebungen zwischen Ca und Mg namentlich bei mangelhafter Ernährung; die Angaben von Birk und Rothberg, welche einen gewissen Parallelismus des Ca- und Mg-Stoffwechsels bei fettreicher Ernährung im Sinne eines Defizits feststellen konnten; die Untersuchungen von Goitein, welche für Kaninchen nachwiesen, daß Ca- und Mg-Stoffwechsel einander direkt entgegengesetzt sein können; die Weiserschen Versuchsergebnisse, daß mit kalziumarmem Mais gefütterte Tiere in einen Zustand von Ca-Defizit eventuell auch P-Defizit geraten, bis gleichzeitig eine starke Magnesiumretention eintritt; endlich die Schabadschen Untersuchungen, nach welchen Phosphorlebertran die Mg-Retention ebenso günstig beeinflußt wie die des Kalziums, lassen zwar keinen endgültigen Schluß über diese Verhältnisse zu, doch läßt sich so viel jedenfalls sagen, daß wir uns nicht einzig mit der Frage des Ca-Defizits beschäftigen und uns nicht damit begnügen können, eine Ca-Apposition erzielen zu wollen, welche sowieso nur langsam gelingen wird (Dubois und Stolte). Da wir annehmen können, daß jede Verschiebung im Stoffwechsel der Salze respektive in den Dissoziationsverhältnissen eine Veränderung der Reizzustände verursacht, müssen wir bei der Stoffwechselstörung das Mg um so eher berücksichtigen, da dem Ca unter gewissen Umständen auch reizende Wirkungen anerkannt worden sind, welche dem Mg niemals zukommen. Mg wirkt primär erregungshemmend.

Man muß die Mg-Wirkungen um so eher in Betracht ziehen, da es nachgewiesen ist, daß die Muskulatur intakter Tiere nur in einem solchen Medium zu normalen Kontraktionen fähig ist, welches auch Mg enthält; bei Mangel an Mg gelangt das Muskelsystem in einen Kontraktionszustand, welcher die Entspannung verhindert.

Zu den Mg-Versuchen berechtigt außerdem das ziemlich negative Ergebnis der Ca-Therapie, obwohl die Klocmannsche Oxyprodukt-behandlung sowie die von L. F. Meyer letzthin inaugurierte Ca-Bromalbehandlung in dieser Hinsicht jedenfalls einen Fortschritt bedeuten.

Berends seit 4 Jahren fortgeführte Beobachtungen über die Mg-Sulfatwirkung (subkutan) bei Spasmophilen basieren auf den bekannten Meltzerschen Experimenten, welche in die Therapie um so eher übertragen werden können, da sie an Wirbeltieren ausgeführt worden sind. Eine toxische Wirkung ist bei der angewendeten Dosis (5 bis 20 cg Mg-Sulfat pro Kilogramm Körpergewicht) niemals beobachtet worden, wohl aber einige Male Fiebertemperaturen. Dieses Salzfieber hat aber aufgehört, seitdem zu den Lösungen frisch destilliertes Wasser verwendet wird.

Der Einfluß der Mg-Injektion auf die pathologisch gesteigerte K.-Ö.-Z. stellt sich in den unkomplizierten Fällen mit der Sicherheit des Experimentes ein — in 1 bis 2 Stunden werden Normalwerte erreicht, welche einige Stunden andauern und dann wieder ansteigen: in 20 bis 24 Stunden ist die frühere Höhe in 60% wieder erreicht — wiederholte Injektionen haben immer dieselbe Wirkung. Auch die Anodenwerte werden günstig beeinflußt. Nur in 2 Fällen (von 80 Injektionen) war die K.-Ö.-Z. nach der Injektion noch pathologischer geworden — in beiden Fällen handelt es sich um Nierenreizung (Cystitis).

Bei gesunden Säuglingen geht die Elimination des Salzes rascher vor sich und läuft die Reaktion schneller — etwa in 6 Stunden — ab.

Je pathologischer die Steigerung war, um so sicherer gelingt es, mit Mg Normalwerte herbeizuführen.

Diese Ergebnisse sind jedenfalls besser als die bisher von Rosenstern und Zybell konstatierten Ca-Wirkungen auf die elektrische Erregbarkeit.

Die Beeinflussung des Chvostekschen Symptomes ist sehr mäßig, die Stimmritzenkrämpfe wurden insofern günstig beeinflußt, daß sie nicht mehr zu Eklampsie führten und in keinem Falle zum Tode. Häufig verschwinden sie in den der Injektion folgenden Stunden ganz oder führen nicht mehr zum Apnöe.

Der Karpopedalkrampf wurde in jedem unkomplizierten Falle günstig beeinflußt, wenn auch häufig Rezidive beobachtet wurden. Die Beeinflussung der latenten Tetanie (Trousseausches Symptom dauert länger, doch verschwindet sie auch früher als bei den bisherigen Behandlungsmethoden.

Der wichtigste Einfluß der Mg-Behandlung war aber, daß die Eklampsien sehr günstig beeinflußt wurden und in zwei Dritteln der Fälle in den ersten 24 Stunden zum Schwinden gebracht wurden.

Bei 15 Fällen nicht spasmophiler Eklampsie war auch ein Erfolg in denjenigen Fällen zu verzeichnen wo keine Meningitis, Allgemeininfektion oder Nierenreizung den Grund für die Krämpfe abgaben.

Die Zeitdauer des tetanischen Zustandes wurde bei Mg-Behandlung kürzer, und das Beibehalten der künstlichen Ernährung bietet bei Mg-Behandlung mehr Chancen als bisher. Das diätetische Erfordernis dabei ist nur die salzarme Diät. Suppe ist kontraindiziert, eine Milchentziehung nicht nötig.

Wahrscheinlich beruht die Wirkung auf einer Verminderung des $\frac{\text{Na-}}{\text{Erdmetalle-}}$ Quotienten und, wenn sie auch nichts weiter wäre als eine flüchtige Ionenwirkung, auch in diesem Falle bedeutet diese Methode für die Behandlung der spasmophilen Krampfzustände einen Fortschritt.

Diskussion zu beiden Vorträgen: Noeggerath (Freiburg) erinnert an die Laboratoriumserfahrung, daß Nagetiere nur am Leben zu erhalten sind, wenn man ihnen Zellulose gibt.

Lust (Heidelberg) tritt energisch für die Kalziumtherapie ein, mit der ausgezeichnete Resultate erzielt würden: Kalziumchlorid in genügend hohen Dosen zeige fast ausnahmslos seine antispasmodische Wirkung. Beim Kalke wie beim Magnesium handle es sich aber sicher nicht um eine echte spezifische Wirkung, sondern um eine Ionenwirkung.

Auch Blühdorn (Göttingen) hat mit Kalktherapie bei Spasmophilie glänzende Erfolge gehabt.

Schabad (St. Petersburg). Bei künstlicher Ernährung ist die elektrische Erregbarkeit sehr viel häufiger als bei natürlicher. Phosphorlebertran wirkt auf die Tetanie nur indirekt durch Verbesserung der Kalkretention bei Rachitis. Er hat infolgedessen bei Fällen von Tetanie ohne Rachitis keine Wirkung.

Peiper (Greifswald) warnt vor unrichtiger Anwendung von Magnesium mit dem Hinweise auf die Tatsache, daß beim Versuchstier die therapeutisch wirksame Dose bei subkutaner Injektion von Magnesiumsulfat der toxisch tödlichen sehr nahe liegt.

Langstein (Charlottenburg) erklärt sich gleichfalls als ausgesprochener Anhänger der Kalktherapie, mit der er so gute Erfolge gehabt habe, daß er das Bedürfnis nach einer neuen besseren Therapie nicht anerkenne.

Raudnitz (Prag) macht darauf aufmerksam, daß stärkere als halbprozentige Chlorkalziumlösung die Magenschleimhaut, wenigstens des Hundes, ätze.

Neurath (Wien). Die Beobachtung, daß mit oxalsaurem Kalke vergiftete Hunde vor dem Tode tetanische Zuckungen zeigten, spricht für die Annahme einer Beeinflussung der Tetanie durch Kalk.

Hochsinger (Wien). Wenn tatsächlich die Kalkzufuhr bei Spasmophilie durch Herabsetzung der Erregbarkeit der Nervenzentren wirkt, so ist dies auf anderem Wege sicherer zu erzielen, und zwar durch eine einfache Bromzufuhr. Diese, später kombiniert mit Phosphorlebertran, gibt bei schwerer rachitischer Spasmophilie gute Resultate.

Epstein (Prag). Nach Ansicht der einen wirkt Kalk, nach Ansicht der anderen Magnesium; nun tritt auch nach Kochsalzinjektionen häufig eine Abnahme der Übererregbarkeit ein. Es besteht also die Möglichkeit, daß in allen diesen drei Fällen eine Änderung des Wasserstoffwechsels eine Ursache des therapeutischen Erfolges ist. Die Bedeutung der Mollschen Versuche sieht Epstein darin, daß sie zeigen, wie man bei Tieren alimentäre Spasmophilie erzeugen und beeinflussen kann.

Fischl (Prag) kritisiert den ständigen Wechsel der Anschauungen, wie er in der Pädiatrie üblich sei; früher machte man für die Spasmophilie eine Zerstörung oder Atrophie der Epithelkörperchen verantwortlich, jetzt eine Hypertrophie. Nach wie vor sei aber die ganze Epithelkörperchentheorie der Tetanie nicht bewiesen.

Spieler (Wien) erinnert im Anschlusse an die Mollschen Befunde an eine Arbeit von Haberfeld, der nach Exstirpation der äußeren Epithelkörperchen die zurückgelassenen inneren bedeutend vergrößert fand.

Aron (Breslau) beobachtete Krampfanfälle bei kalkarm ernährten jungen Hunden. Ob aber solche alimentär erzeugte Schädigungen mit der menschlichen Tetanie in Parallele zu setzen sind, ist recht fraglich. Die Bedeutung der Zellulose bei gewissen Tierarten beruht darauf, daß für den Ablauf der Gärungsvorgänge die Zellulose als Nährsubstrat erforderlich ist.

Berend (Schlußwort) erklärt, daß er ja nicht gegen die Kalktherapie allgemein gesprochen habe, sondern nur gesagt habe, daß in gewissen Fällen die Kalktherapie nicht ausreicht. Ganz auffallend sei es, wie in der Diskussion nur von ausgezeichneten Erfolgen der Kalktherapie die Rede sei.

4. Sitzung am Montag, den 22. September, vormittags.

21. **J. Bruno** (Heidelberg): „*Über Poliomyelitis acuta.*"

Der Referent bespricht zuerst kurz die Ergebnisse der Poliomyelitisforschung, welche die großen Epidemien der letzten Jahre besonders in Skandinavien, Deutschland, Österreich-Ungarn und Nordamerika gefördert haben. Er gibt — nach dem Vorgange von J. Wickmann — eine Aufstellung der verschiedenen klinischen Erscheinungsformen der Erkrankung, erwähnt die zahlreichen wichtigen Erfahrungen in ätiologischer, epidemiologischer, pathologisch-anatomischer, biologisch-experimenteller Beziehung. Ein bedeutender Fortschritt in der Forschung wurde durch die Kenntnis der Affenpoliomyelitis durch die Arbeiten von Popper, Langsteiner, Knöpfelmacher, Flexner und Römer erzielt. Sie lehrten uns die Eigenschaften des Krankheitsvirus kennen. Besprochen wird der Infektionsmodus, die Verbreitungsweise der Seuche. Nach vielen, jahrelangen, vergeblichen Versuchen, den Krankheitserreger der

Poliomyelitis zu züchten, scheint dies nach der in diesen Tagen aus dem Rockefeller-Institut erschienenen Mitteilungen Flexner und Noguchi gelungen zu sein. Von hohem epidemiologischem Interesse in der neueren Literatur sind die Angaben über gehäuftes Tiersterben zu Zeiten von Epidemien von spinaler Kinderlähmung. Es werden erwähnt die diesbezüglichen Mitteilungen von Wickmann, Behrmann-Kungsöhr, Caverley, Krause, Wilke, Sturm, Eduard Müller, v. Lovet, Steppard und Langhorst. Besondere Schlüsse für die Ätiologie der Erkrankung sind bisher aus diesen Tatsachen nicht gezogen worden. — Römer lehnt einen Zusammenhang dieser Tiererkrankung mit menschlicher spinaler Kinderlähmung ab; trotzdem ist es ihm gelungen, eine poliomyelitisartige Erkrankung der Meerschweinchen zu erzielen. Dem Referenten ist nun während der in Nord-Baden und der Pfalz in diesem Sommer herrschenden Epidemie in Heidelberg in mehreren Fällen wieder als auffällige Tatsache begegnet, daß sich kindliche Erkrankungen an gut beobachtete Tiererkrankungen mit Lähmungserscheinungen, die dem Bilde der Poliomyelitis gleichen, in seinem Falle Enten, die aus Westfalen stammten, anschließen. Die Krankengeschichte ist ausführlich in der Münchener medizinischen Wochenschrift, Nr. 36, beschrieben. Diese Tatsachen veranlaßten den Referenten, nach weiteren Zusammentreffen von Tierlähmungen mit spinaler Kinderlähmung zu forschen und es ist ihm durch die Mithilfe von Amtsärzten und Kollegen gelungen, in kurzer Zeit zehn derartige Fälle aus der ländlichen Umgebung von Heidelberg festzustellen. Die Fälle werden kurz geschildert. Er berichtet sodann über weitere acht Fälle von infektiösen Tierlähmungen, die bisher nicht mit spinaler Kinderlähmung zusammenhängen, die er im Laufe der letzten Wochen eruieren konnte. — Der Referent hat alle diese Fälle dem Heidelberger Pathologischen Institut zur histo-pathologischen Untersuchung überwiesen, woselbst er auch zur Zeit experimentelle Versuche an Affen und anderen Tieren ausführt. Die Resultate sollen später berichtet werden. Er hält diese Beobachtungen immerhin für wichtig genug, die Frage des Zusammenhanges von Tier- und Menschenerkrankung zur allgemeinen Diskussion zu stellen. Die Frage kann nur durch viele Beobachtungen und Zusammenarbeiten von humaner mit veterinärer Medizin entschieden werden.

Zur Klärung der Sache hat er folgende Schritte unternommen: zunächst ein Rundschreiben an zahlreiche Amtstierärzte und Amtsärzte sowie Kinderärzte. Eine Anzahl von zum Teil positive Angaben enthaltenden Antworten sind bereits eingelaufen, auch Zuschriften von Kollegen aus anderen Gegenden. Er bespricht sodann die Analogien zwischen infektiösen Tierlähmungen und spinaler Kinderlähmung nach den Erfahrungen der modernen Tiermedizin. Über die Tiererkrankungen ist in der Berliner Tierärztlichen Zeitschrift berichtet. Sollten sich die Zusammenhänge von Tier- und Menschenerkrankung bestätigen, so müssen sich nach Ansicht des Referenten wichtige sanitäts- und veterinärpolizeiliche Maßnahmen zur Prophylaxe der Erkrankung an Poliomyelitis ergeben. Mitteilung der angemeldeten Poliomyelitisfälle an die Amtstierärzte zur Kontrolle des Viehstandes. Das müßte aber bald geschehen, da die Poliomyelitis im Frühjahre gewöhnlich wiederkehrt. Er gibt eine Übersicht über die gesetzlichen Bestimmungen über die Viehseuchen, die eventuell auf die infektiösen Tierlähmungen ausgedehnt werden müßten. Er bringt den Entwurf eines Fragebogens an die Amtstierärzte zur Klärung der Angelegenheit in Epidemiezeiten. Schon jetzt empfiehlt er zur Prophylaxe Vorsicht im Umgange mit Haustieren. Er bespricht sodann die allgemeine Prophylaxe der spinalen Kinderlähmung in Epidemiezeiten für die Gesunden, die Umgebung der Kranken, die Ärzte zur Verhütung von Verschleppung der Erkrankung, Spitalinfektion. Zum Schlusse gibt er einen kurzen Überblick über den modernen Stand der Therapie, wobei besonders

des von Flexner empfohlenen Urotropins gedacht wird, das nach den bisherigen Erfahrungen die Krankheit in günstigem Sinne zu beeinflussen scheint. Von der Entdeckung des Krankheitserregers erhofft er für die Therapie das Kommen einer spezifischen Behandlungsmethode, die das Eindämmen der Krankheit oder ihr Verschwinden durch Schutzimpfung in absehbarer Zeit ermöglichen wird.

Diskussion: Lust (Heidelberg) berichtet über einige noch nicht abgeschlossene Beobachtungen.

Siegert (Cöln). Eine Übertragung des Poliomyelitis durch den Kranken auf Gesunde kommt weder in überfüllten Proletarierwohnungen noch in der Klinik vor, wohl aber gibt es eine Übertragung durch den gesunden Virusträger.

Neurath (Wien). Auch die Erfahrungen in Wien sprechen gegen die Häufigkeit direkter Übertragung, dagegen für die Bedeutung der Zwischenträger. Nach amerikanischen Berichten liegen den Tierlähmungen, wie sie häufig gleichzeitig mit der Poliomyelitis der Kinder zur Beobachtung kommen, ganz andere anatomische Läsionen zugrunde, die mit Poliomyelitis nichts gemein haben.

Jehle (Wien). In bezug auf die Kontaktinfektion verhält sich Poliomyelitis ganz ähnlich wie die Zerebrospinalmeningitis. In beiden Fällen kommt ausschließlich der gesunde Bazillenträger für die Weiterverbreitung der Erkrankung in Betracht.

22. **Schick** (Wien) berichtet über gemeinsam mit Busacchi und Kassowitz ausgeführte Untersuchungen betreffend: *„Experimentelle Serumtherapie beim Menschen."*

Intrakutane Injektion von Diphtherietoxin und Studium des Einflusses des Diphtherieserums auf Entstehen und Ablauf der Reaktion. 115 Heilversuche zur Entscheidung der Frage der Dosierung. Es ergibt sich, daß die Dosierung nicht nur nach der absoluten Menge des Serums, sondern vor allem nach dem Körpergewichte vorzunehmen ist. Die Resultate werden bei Steigerung der Dosis von 100 IE. pro Kilogramm bis auf 500 IE. pro Kilogramm besser. Eine weitere Steigerung der Dosis bringt keine Besserung der Wirkung. Die Verfasser empfehlen daher dem praktischen Arzte zwei Dosierungen: Bei leichteren Formen der Diphtherieerkrankung 100 IE. pro Kilogramm, bei irgendwie schwereren Formen 500 IE. pro Kilogramm. Wiederholte Injektionen sind überflüssig.

23. **Kassowitz** (Wien) berichtet über gemeinsam mit von Gröer ausgeführte Untersuchungen betreffend: *„Das Verhalten des Diphtherieschutzkörpers bei Mutter und Neugeborenem."*

1. Der Schutzkörpergehalt des Neugeborenen gegen Diphtherietoxin ist in vollkommener Abhängigkeit von dem Gehalte des mütterlichen Blutes an diesem Stoffe. Dieser findet sich in 84% aller Mütter und Neugeborenen.

2. Die Seltenheit von Diphtherieerkrankungen ist mit dieser von der Mutter bezogenen Serumimmunität in Zusammenhang zu bringen.

3. Zirka 50% der serumimmunen Wöchnerinnen und normalen Frauen reagieren auf Diphtherietoxin positiv. Die intrakutane Prüfung mit Diphtherietoxin gestattet daher bei denselben im Gegensatze zu Kindern und erwachsenen Männern keinen Rückschluß auf den Schutzkörpergehalt des Serums.

4. Ungefähr die Hälfte aller Frauen hat die Eigenschaft, für das überneutralisierte Toxin-Antitoxin-Gemisch empfindlich zu sein.

5. Einige Frauen reagieren auch auf das durch Kochen „inaktivierte" Toxin positiv, doch geht diese Erscheinung nicht absolut parallel mit der Empfindlichkeit auf neutralisiertes Toxin.

6. Für die Erklärung dieser Eigentümlichkeiten des weiblichen Organismus können folgende Theorien herangezogen werden: Ablenkung des Toxins respektive Sprengung der Toxin-Antitoxin-Verbindung infolge gesteigerter Gewebsazidität, Komplexität des Schutzkörpers, Vorhandensein eines von der toxophoren Gruppe des Giftmoleküls unabhängigen allergisierenden Faktors.

24. **v. Groër** (Wien) berichtet über gemeinsam mit Kassowitz ausgeführte Untersuchungen über *„Die Natur des Diphtherieschutzkörpers des Neugeborenen."*

Im Serum des Neugeborenen findet sich in zirka 84% aller Fälle ein Körper, der das Diphtherietoxin zu neutralisieren vermag. Dieser Schutzkörper wird von der Mutter auf das Kind übertragen, da die Erwachsenen denselben auch in 84% in ihrem Serum besitzen. Es wurde die Natur dieses Körpers untersucht und es zeigte sich, daß er mit dem echten, d. h. durch aktive Immunisierung gewonnenen Diphtherietoxin identisch ist.

Er braucht dieselbe Zeit wie das Diphtherietoxin, um das Toxin zu neutralisieren, folgt dem Gesetze der Multipla, besitzt mit dem echten Diphtherieantitoxin die gleiche Azidität gegenüber verschiedenen Diphtherietoxinen, mit dem Antitoxin vermischt, summiert er sich mit demselben quantitativ in seiner Wirkung.

Seine Bindung mit dem Toxin ist ebenso wie die Toxin-Antitoxin-Bindung ein reversibler Vorgang. Auch gegenüber Säure und Alkali verhält er sich ganz entsprechend den für das Diphtherieantitoxin gefundenen Tatsachen: durch Säure wird er zum Teil reversibel geschädigt, durch Lauge zunächst reversibel aktiviert, dann inreversibel zerstört, besitzt also ebenfalls ein Reaktionsoptimum.

Ebenso sind sein Verhalten gegenüber Temperatur, Adsorption durch Filtration und seine chemischen Eigenschaften — indem er an die löslichen Serumglobuline gebunden zu sein scheint — mit den vom Vortragenden und anderen Autoren für das echte Antitoxin erhobenen Befunden vollkommen in Übereinstimmung.

Auf Grund dieser Resultate fassen die Vortragenden den im normalen menschlichen Serum in 84% der Fälle vorkommenden Diphtherieschutzkörper als dieselbe Substanz, die als Diphtherieantitoxin angesprochen wird, auf und ziehen daraus den Schluß, daß diese Substanz einen normalen Bestandteil des menschlichen Serums darstellt. Bei der aktiven Immunisierung handelt es sich dementsprechend nicht um die Neubildung einer neuen Substanz, sondern um quantitative Steigerung einer präformierten Serumeigenschaft. Eine Reihe von Tatsachen spricht auch ferner dafür, daß, wenn ein menschlicher und vielleicht auch ein tierischer Organismus von Haus aus kein Antitoxin im Serum besitzt, er auch durch aktive Immunisierung nicht dazu gebracht werden kann, dasselbe zu produzieren.

Diskussion zu den Vorträgen 22, 23 und 24:

Fischl (Prag) erinnert an seine vor langer Zeit gemeinsam mit v. Wunschheim ausgeführten Untersuchungen.

Noeggerath (Freiburg). Die bisherige Art der Dosierung von Diphtherieserum befriedigt nicht, aber auch das Körpergewicht allein wird als Maßstab nicht ausreichen, da damit für den Erwachsenen zu große Dosen herauskämen.

Schick (Schlußwort) hat bisher seine Beobachtungen nur an Kindern ausgeführt.

25. **K. Josef Friedjung** (Wien): *„Demonstrationen zum Habitus tuberculosus."*

Um zu zeigen, was er unter Habitus tuberculosus in seiner früheren Publikation (Wiener klin. Wochenschr., 1910, Nr. 25) und auch jetzt noch versteht, demonstrierte Friedjung

1. Kinder mit manifester Tuberkulose und Habitus tuberculosus;
2. Kinder mit „ausgeheilter" (jetzt nicht mehr nachweisbarer) Tuberkulose und Habitus tuberculosus;
3. Kinder ohne beweisenden klinischen Befund mit positivem Pirquet und Habitus tuberculosus.

Friedjung ist nicht der Anschauung Pollaks, daß es sich bei diesem Habitus tuberculosus um eine Folge der tuberkulösen Infekte handelt.

Diskussion: Pollak (Wien) bleibt auf seinem Standpunkte bestehen, daß der Habitus tuberculosus erst auf dem Boden der Infektion entstehe und daß er nicht streng spezifisch sei, sondern, wenn auch seltener, bei anderen chronischen Störungen zur Beobachtung komme.

Friedjung (Schlußwort): Der Habitus tuberculosus ist vielfach bei Kindern mit negativer Tuberkulinreaktion nachweisbar. Das spricht gegen die Auffassung von Pollak.

26. **Camerer:** *„Diphtheriebazillen im Säuglingsalter".*

Auf Grund seiner Beobachtungen kommt Camerer zu folgenden Schlüssen:

1. Die Zahl der Bazillenträger im Säuglingsalter ist eine erhebliche, sie schwankt nach zeitlichen und örtlichen Verhältnissen. Säuglinge jeden Alters werden ergriffen, vorzugsweise schwächliche und kranke.

2. Die Bazillen finden sich zumeist in der Nase, sodann im Rachen, aber auch gelegentlich im Ohr und selten in den Augen.

3. Eine für die Zwecke der Praxis brauchbare Einteilung der Bazillenträger ist zurzeit weder nach klinischen noch nach bakteriologischen Gesichtspunkten mit Sicherheit möglich.

4. Bazillenträger können bei sich selbst und ihrer Umgebung spezifische Erkrankungen hervorrufen.

5. Isolierung der Bazillenträger im allgemeinen bis zur Entkeimung erscheint, falls nicht besondere Verhältnisse vorliegen, erstrebenswert, aber nicht absolut nötig und schwer durchführbar.

6. In Kinderinternaten sollen die Insassen regelmäßig auf Diphtheriebazillen untersucht werden. Die Bazillenträger sind zu isolieren und womöglich keimfrei zu entlassen.

Diskussion: Schloßmann (Düsseldorf) hält die Furcht vor Bazillenträgern für übertrieben und steht auf dem Standpunkte, daß Bazillenträger, an denen klinische Symptome vollkommen fehlen, ohne Bedenken auf die allgemeine Abteilung unter die anderen Kinder zu legen sind.

Epstein (Prag) hält den Standpunkt Schloßmanns bei älteren Kindern für berechtigt; im Säuglingsalter seien aber diese sogenannten Bazillenträger durchaus ernst zu nehmen. Bedenklich sei die Auffassung des Vortragenden, daß ein Schnupfen, bei dem Diphtheriebazillen nachgewiesen werden, nicht Diphtherie sei. Es dürfte vielmehr angezeigt sein, beim Nachweise von Diphtheriebazillen in der Nase des Säuglings unter allen Umständen eine Antitoxininjektion zu machen.

Buttermilch (Weißensee). Unter den Kindern des Säuglingskrankenhauses Weißensee wurden 16% Bazillenträger nachgewiesen. Die Untersuchungen zweier verschiedener Untersuchungsämter, denen das Material übergeben wurde, zeigten starke Differenzen in den Resultaten. Bevor die Frage nach der Gefährlichkeit der Bazillenträger diskutiert werden kann, muß die Frage der Differenzierung von Diphtheriebazillen und Pseudodiphtheriebazillen aufgeklärt werden.

5. Sitzung am Dienstag, den 23. September 1913, vormittags.

27. **Norbert Swoboda** (Wien): *„Die Zukunft der Impfung*[1]." (Impffragen in der Privatpraxis.)

Der Vortragende erklärt sich zunächst, um Mißverständnissen vorzubeugen, als aufrichtigen Anhänger der Impfung, in welcher die Menschheit wie bei keiner andern Infektionskrankheit ein geradezu ideales prophylaktisches Schutzmittel gegen die Blattern besitzt, und weist jede Gemeinschaft mit den sogenannten Impfgegnern zurück.

Er vertritt aber gleichzeitig den Standpunkt, daß das Ideal der Abwehr von Epidemien der verschiedenen Infektionskrankheiten in einem Kulturstaate — auch wenn die Wissenschaft in vielleicht nicht zu ferner Zukunft so weit vorgeschritten sein sollte, daß uns gegen alle in Betracht kommenden epidemischen Krankheiten ebenso verläßliche und relativ harmlose Impfstoffe zur Verfügung stehen — prinzipiell nicht darin liegen kann, diese verschiedenen Schutzstoffe dem Blute der zu Schützenden einzuverleiben, sondern in der Schaffung ideal verbesserter, sanitärer Schutzmaßregeln (Isolierung, Desinfektion usw.). Es ist also bei der Seuchenbekämpfung ein ähnlicher Fortschritt anzustreben wie der Übergang von der Antisepsis zur Asepsis. Leider ein Ziel, von dem wir noch weit entfernt sind.

Es kann also auch in der Frage der Blatternverhütung nicht für alle Zeiten unser höchstes Ziel sein, auch wenn die Blattern einmal so selten werden, daß durch Jahrzehnte im ganzen Land kein Blatternfall vorkommt, bis ans Ende der Welt alle kommenden Generationen ein- oder mehrmals durchzuimpfen; wir dürfen vielmehr hoffen, daß in absehbarer Zeit durch Verbesserung auf dem Gebiete der allgemeinen Hygiene eine Einschränkung oder sogar die Abschaffung der allgemeinen Impfung in blatternfreier Zeit möglich sein wird.

In der Übergangszeit dürfen Reformvorschläge nicht als Ketzerei, sondern als Symptom des Fortschrittes im Kampfe gegen die Blattern und als Folge der dadurch bedingten Herabsetzung der Blatterngefahr gedeutet werden.

Die Bedenken des Vortragenden gegen die jetzige Handhabung der so segensreichen Institution der Impfung wenden sich gegen die durch zu großen Eifer für die gute Sache bedingte, nicht genügend strenge Auswahl der zu Impfenden, besonders im frühesten Kindesalter.

Es genügt nicht, nur die notorisch Kranken auszuschalten, es ist vielmehr Pflicht des Arztes, welcher die Gesundheitsverhältnisse (krankhafte Disposition, erhebliche Belastung, abnorme Konstitution usw.) des Kindes und der Familie genau kennt, also des Hausarztes, in jedem einzelnen Falle gewissenhaft die Frage zu erwägen, ob die Impfung als künstlich erzeugte Infektionskrankheit so wie viele andere Infektionskrankheiten nicht nachteilige Folgen für die gesundheitliche Entwicklung des Kindes, insbesondere in der Richtung der Tuberkulose und Skrophulose nach sich ziehen kann, so daß auch bei Kindern, die dem Laien als gesund erscheinen, in seltenen Fällen ein Unterlassen, viel häufiger aber ein Verschieben der Impfung auf einen günstigeren Termin wünschenswert erscheint.

---

[1]) Mit der ungekürzten Wiedergabe dieses in der Diskussion stark angegriffenen und bei Kürzung leicht mißzuverstehenden Referates entspreche ich einem besonderen Wunsche des Vortragenden.

Der Vortragende bespricht nun an der Hand von Beispielen aus langjähriger Praxis die verschiedenen in Betracht kommenden Möglichkeiten (kränkliche, schwächliche Kinder, Rekonvaleszenz nach akuten Infektionskrankheiten, Kinder mit erworbenen und ererbten Krankheitsanlagen, namentlich mit latenter Tuberkulose und Skrophulose, Kinder, welche im tuberkulösen Milieu aufwachsen, ferner gewisse Formen von pathologischer Konstitution (Lymphatismus, exsudative Diathese usw.), wo nachteilige Folgen immer um so leichter ausgelöst werden können, je jünger das zu impfende Kind ist.

Es ist zweifellos nicht leicht, die zur Impfung nicht geeigneten Kinder von den geeigneten zu trennen. Ein Übersehen ist um so leichter, je weniger dem Arzte die Möglichkeit geboten wird, gründlich zu untersuchen, also vor allem bei der öffentlichen Impfung. Sie zu erkennen, ist um so leichter, wenn der Arzt die Gesundheitsverhältnisse (hereditäre Belastung) der Familie kennt, wiewohl gerade bei der Tuberkulose und beim Lymphatismus die Belastung der Aszendenz für den Arzt oft erst durch die Erkrankung der Deszendenz offenkundig wird, da die Eltern oft nichts mehr von den Krankheiten ihrer Kindheit wissen und sich zu gesunden, kräftigen Menschen entwickelt haben. Zum Glück gibt es ein sehr einfaches Mittel, sich im Zweifelfalle vor unangenehmer Überraschung zu schützen und dieses Mittel muß für die Privatpraxis dringend empfohlen werden: Man impfe in zweifelhaften Fällen erst nach dem zweiten Lebensjahre oder noch später.

Die kutane Hautreaktion nach Pirquet wird oft geeignet sein, die Frage, ob ein Kind geimpft werden kann oder nicht, zu entscheiden, an eine allgemeine Anwendung derselben vor der Impfung ist natürlich nicht zu denken.

Für den Zusammenhang von Gesundheitsstörungen, wie sie hier in Betracht kommen, und der Impfung kann man wirkliche Beweise auch nicht durch ausführliche Krankheitsgeschichten, ja, nicht einmal auf dem Seziertisch erbringen. Ebenso wie man ja z. B. auch das propter hoc bei tuberkulösen Erkrankungen nach Masern oder Keuchhusten im einzelnen Falle nicht beweisen kann.

Es ist richtig, daß der durch die allgemeine Durchimpfung der Bevölkerung in blatternfreier Zeit erzielte Blatternschutz besonders in Ländern, wo derselbe wie in Österreich im Vergleiche zu Ländern mit strengem gesetzlichen Impfzwang ohnedies relativ mangelhaft ist, noch unvollkommener sein wird, wenn es einmal dazu kommen sollte, daß dieser Standpunkt von der Mehrzahl der Ärzte akzeptiert wird.

Die Gefahr, daß durch Einschränkung der allgemeinen Impfung im Sinne des Vortragenden die Blatterngefahr erhöht wird, kommt aber praktisch nicht in Betracht, wenn dieses Minus durch richtige Organisation der Notimpfung (d. i. die rasche Durchimpfung der Bevölkerung eines Bezirkes, in welchem Blattern ausbrechen) korrigiert wird.

Die Durchführung der Notimpfung muß (im Gegensatze zu den jetzigen Einrichtungen) in blatternfreien Zeiten ebenso sorgfältig bis ins kleinste Detail vorbereitet werden, wie etwa die Mobilisierung einer schlagfertigen Armee in Friedenszeiten.

Nur dann wird es möglich sein, in wenigen Stunden oder Tagen die Umgebung der ersten Blatternfälle der Impfung zuzuführen, welche auch bei unmittelbar nachfolgender Blatterninfektion einen sicheren Schutz vor Erkrankung gewähren soll.

Auf möglichst gute Vorbereitung der Notimpfung das größte Gewicht zu legen, ist übrigens jedenfalls eine dringende Notwendigkeit. Nicht nur in Ländern mit schlechten, sondern auch in Ländern mit durch streng gehandhabten gesetzlichen Impfzwang erzielten „idealen" Impfverhältnissen, denn auch hier ist ein großer Teil der mindestens zweimal geimpften Be-

völkerung nicht vor Blatternerkrankung geschützt, weil die letztere Impfung zu weit zurückliegt.

Ein Land in blatternfreier Zeit unter beständigem Blatternschutz halten zu wollen, würde wegen der kurzen Dauer des Impfschutzes zu der Utopie führen, alle Bewohner jedes dritte oder vierte Jahr zwangsweise wiederzuimpfen. Eine Zumutung, die auch die treuesten Impffreunde in Impfgegner verwandeln müßte.

Der Verbesserung der Notimpfung sollten verschiedene Reformen auf dem Gebiete der Impfung vorausgehen.

1. Der Staat hat für eine bessere Aufklärung sowohl der Ärzte und der Studierenden als auch des Publikums über alle bei der Impfung möglichen Schädigungen zu sorgen. (Hinweis auf die Unzulänglichkeit dieses Kapitels in den meisten Lehr- und Handbüchern sowie in den populären Schriften.) Auch die Forderung, daß schon bei der Vorladung ausführliche Verhaltungs- und Vorsichtsmaßregeln für den Impfling und seine Umgebung verteilt werden, muß betont werden.

2. Sorge für allgemeine Einführung einer Impftechnik, welche einen möglichst milden Verlauf des Impfprozesses erwarten läßt: Verbot des brutalen Impfens mit mehr als zwei Impfpusteln beziehungsweise mit zahlreichen Impfschnitten und Überschuß an Lymphe, um wenigstens die nicht durch individuelle Disposition bedingten Fälle von schwerer Reaktion zu vermeiden.

Empfehlung des Impfens mit 1 bis 2 kleinsten Impfwunden und minimalem Lymphe verbrauch, Einhaltung aller Kautelen (Entfernung des überschüssigen Impfstoffes durch Abtupfen oder Bepudern, sofortiges Bekleiden, Bad oder Waschung noch am Tage der Impfung usw.), um Vakzineerkrankungen durch Autoinokulation oder Übertragung auf Ungeimpfte zu verhüten.

3. Der Staat hat stets die für Massenimpfung bei Auftreten von Blattern nötigen großen Vorräte von abgelagerter, milde wirkender Vakzine bereitzuhalten (Hinweis auf die Kalamitäten und Unzukömmlichkeiten bei der Massenimpfung im Jahre 1907 in Wien) und für strenge Überwachung der staatlichen und privaten Impfstoffgewinnung zu sorgen.

4. Reform der öffentlichen Impfungen in bezug auf Hygiene (Übertragung von Infektionskrankheiten), strenge Ausmusterung der vom gesundheitlichen Standpunkt Ungeeigneten, strenge amtliche Untersuchung aller Fälle angeblicher Impfschäden. Gewährung von Entschädigungen in gewissen Fällen, Einschränkung der wahllosen Massenimpfung überhaupt und Förderung der Privatimpfung.

5. Staatliche Förderung der medizinischen Forschung auf dem Gebiete der Vakzinationslehre, solange noch eine so große Zahl wichtiger, theoretischer und praktischer Fragen der Lösung harrt.

Verbesserungen auf dem Gebiete der Impfung sind, da sie das Vertrauen der Bevölkerung gewinnen, wichtiger als die Einführung eines gesetzlichen Impfzwanges.

Auch ohne diesen kann man sehr gute Erfolge erzielen (in Österreich 1901 bis 1906 ohne Impfzwang 0·0 Pockentodesfälle, in Frankreich trotz gesetzlicher Impfung und zweimaliger Revakzination 1903 bis 1907 durchschnittlich 9 auf 100.000 Bewohner).

Nach näherer Darstellung dieser Reformen auf dem Gebiete der öffentlichen Impfung, Impftechnik und Impfstoffgewinnung betont der Vortragende noch einmal, daß bei dem jetzigen Stande der sanitären Einrichtungen der Staat schon wegen der enormen wirtschaftlichen Schädigung beim Ausbruch einer Epidemie vorläufig noch ein gewaltiges Interesse daran haben muß, daß die Bevölkerung in blatternfreier Zeit möglichst lückenlos durchgeimpft und womöglich auch wieder geimpft wird.

Wenn der Vortragende aber aus den angeführten Gründen im Verlaufe einer vieljährigen ärztlichen Tätigkeit bei einer beträchtlichen Zahl impfpflichtiger Kinder die Impfung unterlassen oder dieselbe durch Jahre verschoben hat, so kann er zur Beruhigung seines Gewissens jedenfalls die Tatsache feststellen, daß er dadurch keinen einzigen Fall von Blatternerkrankung verschuldet hat, anderseits hat er die Genugtuung, daß er dadurch so manchem Kinde über die Gefahr, eine Beute der Tuberkulose zu werden, hinweggeholfen hat. Wir dürfen nicht vergessen, daß heute die Tuberkulose der Erbfeind unserer Generation ist, nicht die Variola.

Der Vortragende verwahrt sich dagegen, daß seine Ausführungen anders gedeutet werden als eine Anregung zu noch strengerer Befolgung des ersten ärztlichen Grundsatzes: Primum non nocere.

Durch Wahrheit und Offenheit, nicht aber durch Verschweigen der Impfschäden wird der Impfung am meisten genutzt.

Diskussion: Siegert (Cöln) hebt ausdrücklich hervor, daß in Deutschland der Impfschein Vorbedingung für Zulassung zum Staatsexamen ist, daß vom Vortragenden in keiner Weise der Beweis für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Impfung und Skrofulose, Tuberkulose oder lymphatischer Diathese erbracht ist. Es liege die große Gefahr vor, daß die Ausführungen des Vortragenden von den Impfgegnern ausgebeutet werden.

Abelmann (St. Petersburg) hält es für falsch, die Impfung erst im zweiten oder dritten Lebensjahre vorzunehmen. In St. Petersburg würden viele Säuglinge schon in den ersten Lebensmonaten pockenkrank ins Hospital gebracht. Spätestens muß die Impfung am Ende des ersten Lebensjahres ausgeführt werden.

Feer (Zürich) hält es für falsch, die von den Impfgegnern in den Vordergrund gestellten sogenannten Impfschäden, die in Wirklichkeit nichts mit der Impfung zu tun haben, auf diese zurückzuführen. Übrigens würden die Impftechnik und die eventuell bei der Impfung zu berücksichtigenden ärztlichen Gesichtspunkte in den Lehrbüchern zur Genüge berücksichtigt.

Swoboda (Schlußwort) weist darauf hin, daß die eventuell im Anschlusse an Impfung entstehenden Schädigungen im Unterrichte zu wenig hervorgehoben würden und daß in der Diskussion der Unterschied zwischen Allgemeinimpfung und Notimpfung zu wenig beachtet sei.

28. Frl. **Schwenke** (Breslau) berichtet über gemeinsam mit Bessau und Pringsheim ausgeführten Untersuchungen *„Über den diagnostischen und prognostischen Wert der Wiederholung lokaler Tuberkulinreaktionen"*.

Von der Anschauung ausgehend, daß die Fähigkeit des Organismus, auf gewisse Substanzen des Tuberkelbazillus mit Entzündung zu reagieren, einen Schutz gegenüber dem lebenden Erreger bedeute, suchten die Verff. die lokale Tuberkulinüberempfindlichkeit durch Einbringung kleiner Tuberkulinmengen in die Haut zu steigern. Hierbei wurde die Beobachtung gemacht, daß die Steigerung der lokalen Tuberkulinüberempfindlichkeit nur in einem Teile der Fälle gelingt, und zwar im wesentlichen gerade bei klinisch gesunden Kindern. Daraufhin wurde systematisch untersucht, ob die Feststellung der Steigerung beziehungsweise Nichtsteigerung der lokalen Tuberkulinüberempfindlichkeit einen Anhalt hinsichtlich der Aktivität des tuberkulösen Prozesses gewähre, ob ihm also eine diagnostische oder prognostische Bedeutung zukomme. Es wurden intrakutane Tuberkulininjektionen ausgeführt, die in 8tägigen Pausen wiederholt wurden. An einem Untersuchungsmaterial von 153 Kindern und 124 Erwachsenen ergab sich, daß im allgemeinen klinisch aktive Tuberkulosen

keine Steigerung der Reaktionsfähigkeit geben; wo eine aktive Tuberkulose vorliegt und sich trotzdem eine Steigerung der lokalen Tuberkulinüberempfindlichkeit erzielen läßt, scheint die Prognose günstig zu sein. Ausbleibende Steigerung braucht nicht eine schlechte Prognose zu bedingen, mahnt aber zur Vorsicht. Klinisch gesunde Kinder lassen in der Mehrzahl der Fälle (76%) eine deutliche Steigerung der Reaktionsfähigkeit erkennen. Für die praktische Tuberkulindiagnostik ergibt sich: Im Kindesalter bedeutet eine starke lokale Tuberkulinüberempfindlichkeit (intensive Reaktion bei intrakutaner Verabreichung von 0·1 cm³ Tuberkulin, verdünnt $^1/_{10\cdot000}$) meist einen aktiven Prozeß, sehr starke Reaktionsfähigkeit spricht für einen klinisch günstigen Fall. (Entzündung bedeutet eine Abwehrmaßregel des Organismus.) Schwache lokale Reaktionen weisen entweder auf einen progredienten oder anderseits auf einen abgeklungenen Prozeß hin. Hier erweist sich die Wiederholung der lokalen Tuberkulinreaktion als recht wertvoll: starke Steigerung der lokalen Empfindlichkeit schließt einen aktiv progredienten Prozeß mit sehr großer Wahrscheinlichkeit aus. Untersuchungen an Erwachsenen bestätigen im wesentlichen die bei Kindern gewonnenen Resultate; allerdings ist hier häufiger als beim Kinde trotz Bestehens einer aktiven Tuberkulose eine Steigerung der lokalen Tuberkulinüberempfindlichkeit zu konstatieren, ist dann aber von günstiger prognostischer Bedeutung. Zwischen der Intensität der lokalen und der allgemeinen Tuberkulinüberempfindlichkeit wurde ein Parallelismus vermißt.

29. **Rudolf Pollak** (Wien): *„Über Tuberkuloseimmunität."*

Die Forschungen der letzten Jahre (Obduktionsstatistik (N ä g e l i), Tuberkulosehäufigkeitszahlen, gewonnen durch die Tuberkulinreaktion) ließen den Schluß zu, daß wahrscheinlich jeder Mensch, der Gelegenheit zur Infektion mit Tuberkelbazillen hat, sich auch tatsächlich infiziert.

Vortragender hat aber schon seinerzeit unter 285 Kindern im tuberkulösen Milieu 6 mit negativer Tuberkulinreaktion gefunden.

Neuerliche Untersuchungen haben nun ergeben, daß es tatsächlich Kinder gibt, die, o b w o h l i n d a u e r n d e m K o n t a k t m i t e i n e m b a z i l l e n a u s w e r f e n d e n P h t h i s i k e r (durch Mikroskop und Tier nachgewiesen), weder klinische Zeichen einer Tuberkulose noch i r g e n d e i n e p o s i t i v e T u b e r k u l i n r e a k t i o n a u f w e i s e n.

(In Dosen bis 100 mg Alttuberkulin, mehrmals geprüft, weder Stich- noch Fieberreaktion, ebensowenig mit Perlsuchttuberkulin in gleichhohen Dosen.) Ferner konnten in keinem Falle Antituberkuline (P i c k e r t und L ö w e n s t e i n) nachgewiesen werden. 2 Fälle mit Obduktion und Verimpfung der Drüsen an Meerschweinchen mit negativem Ausfalle konnten auch kein Stadium „latenter Tuberkelbazillen" (lymphoides Stadium B a r t e l s) ausschließen.

Vortragender kommt zu dem Schlusse, daß es sich in diesen Fällen wahrscheinlich um eine natürliche Immunität gegenüber der Tuberkuloseinfektion handelt.

Dieselbe ist vielleicht oft nur zeitlich begrenzt; denn es wurden Säuglinge beobachtet, die, obwohl von Geburt in tuberkulöser Umgebung (durch Bazillennachweis gesichert), monatelang eine negative Tuberkulinreaktion (bis 100 mg) aufwiesen, um erst später positive Reaktion respektive klinische Symptome zu zeigen.

Ein „verlängertes" Inkubationsstadium der Tuberkulinempfindlichkeit kann nicht angenommen werden, sondern wieder mit großer Wahrscheinlichkeit eine natürliche Immunität junger Säuglinge der Tuberkulose gegenüber, wie sie ja tatsächlich auch anderen Infektionen gegenüber bekannt ist. Vielleicht ist auch diese Immunität junger Säuglinge für die Tuberkulose gar nicht spezifisch. (Beobachtung eines

Falles, wo ein Säugling sowohl der Tuberkuloseinfektion als auch der Maserninfektion entgangen ist.)

Diskussion: Hochsinger (Wien). Die Inkubationszeit der Tuberkuloseinfektion läßt sich nicht sicher feststellen. Bei der Übertragung der Tuberkulose spielt die Resistenz gegen die Infektion und die Resistenzverminderung durch ungünstige hygienische Verhältnisse eine wichtige Rolle.

Siegert (Cöln) sah nach sicher nachweisbarer Infektion gesunder Säuglinge durch Zusammensein mit florid tuberkulösen Kindern vorher negativen Pirquet 12 Tage respektive 3 bis 4 Wochen nach der Infektion positiv werden.

Pollak (Schlußwort). Die Latenz der Tuberkulose beim Säugling ist oft eine sehr kurze.

30. **Julius Ritter** (Berlin): *„Beobachtungen bei Frauenmilchernährung."*

Redner bringt zu der Frage nach den Ursachen von Ernährungsmißerfolgen bei Frauenmilchdarreichung eine bestimmte Gruppe aus seinen bisher gesammelten Beobachtungen zur Mitteilung. Weitaus am häufigsten fand er, daß unzweckmäßige Ernährung und Pflege des Kindes oder fraglose neuropathische Konstitution des Säuglings das Versagen der Brustmilchernährung bedingt hatten, und ferner konnte er gleich anderen Beobachtern die große Toleranz der Brustkinder gegen die außerordentlichen Schwankungen im Fettgehalte der Frauenmilch feststellen. Allerdings blieb es ebenso befremdlich, daß Zustände, wie das Auftreten von dyspeptischen Stühlen und Störungen des Allgemeinbefindens, bei dauernd mit Frauenmilch versorgten Säuglingen überhaupt auftraten, wie die Tatsache überraschen mußte, daß richtig genährte und normal konstituierte Säuglinge bei der Brusternährung nicht vorwärts kamen und anderer Alimentation zugeführt werden mußten. Durch die Beobachtung einer eigenartigen Form von Ernährungsstörung bei einem Brustkinde, das in seiner Milch im Höchstfalle 17·7% und im Durchschnitte 10% Fett erhalten hatte, glaubte Vortragender sich nunmehr zu einem gewissen Zweifel an der bisherigen Gleichsetzung aller Frauenmilchen berechtigt und beschloß, überall da, wo eine primäre, von der Beschaffenheit der Frauenmilch unabhängige Erkrankung ausgeschlossen werden konnte, der Zusammensetzung der Frauenmilch Aufmerksamkeit zu schenken. Von ganz besonderem Vorteil war es für diese Untersuchungen, daß durch die Mollschen Arbeiten über den Phosphorsäuregehalt im Brustkindurin ein sicherer Maßstab für das gesundheitliche Verhalten dieser natürlich genährten Säuglinge gewonnen war. Eine Reihe von Fällen, in denen mit experimenteller Sicherheit die Schädigung durch fettreiche, die Reparation durch fettarme Milch nachgewiesen, und ein Fall, in dem durch fettarme Milch alimentäre Störung, nach fettreicher Nährflüssigkeit Heilung erzielt werden konnte, wurden mit den entsprechenden Kurven zur Kenntnis gebracht.

Diskussion: Friedjung (Wien). Einzelne Fälle, in denen die Qualität der Frauenmilch schuld an dem schlechten Gedeihen des Säuglings ist, sind bekannt. Sie treten aber weit an Bedeutung zurück gegenüber denen, in denen die Konstitution des Kindes die Schuld trägt. Schwierigkeiten in der Ernährung kommen besonders bei Säuglingen vor, welche von Aszendenten stammen, die zu pathologischen Prozessen im Verdauungstraktus neigen.

31. **Eichelberg** (München-Gladbach): *„Zur Prophylaxe der akuten Infektionskrankheiten des Kindesalters im Hinblick auf die gesetzgeberischen Handhaben."*

In Deutschland, nicht in Österreich, werden Scharlach und Diphtherie bezüglich der Anzeigepflicht und auch bezüglich der Schul-

bestimmungen vom Gesetzgeber schärfer beachtet als Masern und Keuchhusten. Dies hält der Vortragende nicht für berechtigt. Er glaubt, daß durch intensive Tätigkeit der Schulärzte manches Kind vor einer tödlich verlaufenden Infektion geschützt werden könnte. Außer dieser Ausdehnung der Anzeigepflicht kommt noch öffentliche Belehrung der Bevölkerung über Symptome und Gefahr der Infektionskrankheiten in Betracht.

Diskussion: Eisenschitz (Wien). Der Vortragende befindet sich bezüglich der österreichischen Verhältnisse in einem tatsächlichen Irrtum, insofern er von dem zurzeit in Österreich gültigen Reichs-Sanitäts-Gesetz betreffend ansteckende Krankheiten keine Kenntnis hat.

32. **J. Bernheim-Karrer** (Zürich): *„Über eine ruhrartige Grippeendemie."*

Im Verlauf einer Grippeendemie im Züricher Säuglingsheim, bei der 15 Kinder erkrankten, traten bei 7 blutig-eitrige, bei einem schleimig-eitrige Durchfälle auf, die zunächst als parenteral bedingt angesehen wurden. Da bei dem zuletzt Erkrankten sich flexnerartige Stäbchen fanden und das Serum dieses Kindes bei 1 : 200 und diejenigen von 2 anderen bei 1 : 100 den Stamm agglutinierte, so wird eine Sekundärinfektion für wahrscheinlicher gehalten.

Diskussion: Blühdorn (Göttingen) beobachtete jüngst eine ähnliche Grippeepidemie, in deren Verlauf gleichfalls ruhrartige Stühle auftraten. In 2 Fällen Ruhrbazillen vom Typus Flexner nachweisbar. Die Fälle verliefen fieberlos und gutartig.

Jehle (Wien) beobachtete zwei Endemien von sicher identifizierter Flexnerdysenterie an der Wiener Klinik. Die Mortalität bei der einen betrug 2 bis 3%, bei der andern dagegen 100%. Die Kontagiosität ist im Krankenhause eine hochgradige, scheinbar viel größer als bei der der Shiga-Kruse-Infektion.

Buttermilch (Weißensee). In das Weißenseer Säuglingskrankenhaus wurden in einer bestimmten Zeit gehäufte Fälle von ruhrartigen Erkrankungen (bakteriologisch Typus Flexner festgestellt) eingeliefert, die äußerst schwer verliefen, ohne daß es jedoch zu einer Endemie kam.

Finkelstein (Berlin) hält es für richtig, daß jetzt die enteralen Infektionen mehr berücksichtigt werden, nachdem die Czernysche Schule deren Existenz rundweg negiert. Auch von einem spezifischen Zusammenhang zwischen exsudativer Diathese und blutigeitrigen Diarrhöen gelegentlich von Infektionen konnte sich Finkelstein nicht überzeugen.

Bernheim-Karrer (Schlußwort). Ein ausgesprochener Zusammenhang zwischen exsudativer Diathese und Darmstörungen war in meinem Falle nicht nachweisbar, wohl aber ein solcher mit der Ernährung.

33. **Prof. Spitzy** (Wien): *„Chirurgische und orthopädische Eingriffe im Säuglingsalter."*

Die Zartheit und geringe Widerstandsfähigkeit des kleinkindlichen Organismus hatte zur Folge, daß man operative Eingriffe bei Säuglingen scheute und sie nur bei drohender Lebensschädigung für angezeigt hielt. Da aber eine Menge von angeborenen und erworbenen Erkrankungen im Säuglingsalter bei dem raschen Wachstum des Organismus sekundäre, krankhafte Veränderungen erzeugt, so erscheint ein möglichst früher Eingriff doch in vielen Fällen dringend angezeigt.

Die Erfahrungen von über 1400 Säuglingsoperationen an der Grazer Kinderklinik hat den Vortragenden die Gefahren vermeiden

gelehrt. Sie bestehen der Hauptsache nach in der leichten Verletzlichkeit des beim Säugling vorherrschenden Verdauungstraktes, in der geringen Widerstandskraft gegen Zirkulationsstörungen und Blutungen, Empfindlichkeit gegen weitgehende Abkühlung und Schockwirkungen. Durch Änderung der Operationstechnik (kurzzeitige Operationen eventuell in mehreren Sitzungen, möglichste Reduktion der Narkose, besondere Aufmerksamkeit auf die Verdauungstätigkeit) lassen die Gefahren außerordentlich gering werden, so daß der Verfasser auf Grund von langjähriger klinischer Tätigkeit der Auffassung Ausdruck gibt, daß man bei geeigneter Technik mit keiner der überhaupt in Frage kommenden Operationen warten soll, weil keine durch Zuwarten weniger eingreifend wird, wohl aber bei vielen durch Zuwarten sehr viel versäumt wird.

Durch Lichtbilder werden die Operationstechnik und die Operationsresultate der bei Säuglingen häufigsten Operationen erörtert, wie Hasenscharten, angeborene Deformitäten, Spaltbildungen, Klumpfuß, Schiefhals. Bezüglich der Bruchoperationen bei Kindern, von denen der Autor über zweitausend durchgeführt hat, gibt der Autor der bestimmten Meinung Ausdruck, daß die Operation sowohl bei Leistenhernie wie Nabelhernie im Säuglingsalter, rasch und gefahrlos durchgeführt werden kann und auch in diesem Alter nach seiner Meinung operiert werden soll, weil ein Zuwarten oder eine Bruchbandbehandlung keine sichere Heilung garantiert und die ganze körperliche Erziehung des Kindes durch das bestehende Übel oder die stets drohende Gefahr behindert wird, während z. B. bei einer Leistenhernie die radikale Operation nach Kocher, in wenigen Minuten ohne Allgemeinnarkose durchgeführt, das Kind für immer von dem Übel befreit.

Ähnlich liegen die Verhältnisse bei anderen angeborenen und erworbenen chirurgischen Erkrankungen der Säuglinge.

Diskussion: Keller (Berlin) hat Klumpfüße unter Behandlung der verschiedensten, zum Teil hervorragenden Chirurgen und Orthopäden beobachtet. So verschieden die Fälle waren, sie stimmten in einem überein, nämlich in der Mangelhaftigkeit des Behandlungserfolges.

Aschenheim (Dresden). Der operierte Säugling gehört nicht auf die chirurgische, sondern sofort nach der Operation auf die Säuglingsstation.

Stettiner (Berlin). Im Weißenseer Säuglingskrankenhause wird die interne und alimentäre Behandlung der Kinder auf der chirurgischen Station vom Pädiater geführt.

Epstein (Prag). Der Grundsatz des Vortragenden, bei den meisten Mißbildungen und chirurgischen Erkrankungen möglichst frühzeitig zu operieren, ist voll anzuerkennen, wenn es sich um eine vitale Indikation handelt. In anderen Fällen ist die Operation herauszuschieben, bis das Kind das erste Lebensjahr mit seiner hohen Mortalität überstanden hat.

Pollak (Wien) spricht sich gegen die Operation von Leistenhernien im Säuglingsalter, namentlich im ersten Lebenshalbjahr aus, weil an den Folgen der Operation wahrscheinlich mehr Säuglinge zugrunde gehen als an einer eventuellen Inkarzeration, die im Säuglingsalter sehr selten ist.

In demselben Sinne spricht sich auch Fischl (Prag) aus, zumal die Hernien häufig unter Bruchbandbehandlung dauernd heilen.

Wieland (Basel). Für die Klumpfußbehandlung ist Gipsverband nach vorangehendem modellierenden Redressement der von Spitzy und anderen empfohlenen Behandlung mit redressierendem Zugverbande überlegen. Bei der letzteren sind schwere Rezidive kaum zu vermeiden.

34. **Schleißner** (Prag): *„Zur Ätiologie des Scharlachs."*

Vortragender hat an zahlreichen Affen Scharlachinfektionsversuche vorgenommen. Als Infektionsmaterial verwendete er 24stündige Bouillonkulturen von Scharlachstreptokokken, die aus dem Blute, aus dem Tonsillarbelag und aus Ohreiter von schweren Scharlachfällen und aus dem Herzblut von Scharlachleichen gewonnen waren; die Kulturen wurden mittels eines Zerstäubers in Mund und Nase der Tiere eingeblasen. Bei 12 von 27 Versuchen gelang nach 3- bis 5tägiger Inkubation eine Infektion, die sich in Fieber, Angina, Exanthem und Himbeerzunge äußerte; nach 10 bis 12 Tagen trat bei den erkrankten Tieren eine meist großlamellöse Schuppung auf, die gewöhnlich an der Hinterseite der Ohren und im Gesicht begann und an Handtellern und Fußsohlen am ausgesprochensten war. Sämtliche Tiere, die intraoral infiziert worden waren, blieben am Leben; bei einigen Versuchen, die Krankheit durch subkutane Injektion von Scharlachblut zu übertragen, starben die Tiere bald, ohne daß die Sektion eine ausreichende Erklärung gegeben hätte. Die Erkrankung war durch Einpinseln mit Rachensekret von erkrankten Tieren auf gesunde übertragbar. Gegenüber Versuchen, rekonvaleszente und genesene Tiere nochmals zu infizieren, erwiesen sich dieselben als immun. Nach Filtration der Bouillonkulturen erwiesen sich die Filtrate als nicht mehr infektionstauglich.

Hält man diese Beobachtungen neben die Mitteilungen anderer Autoren (Bernhard, Cantacuzène, Landsteiner und Levaditi), denen es gelungen war, durch Organe von Scharlachleichen bei anthropoiden und niederen Affen ein gleiches Krankheitsbild zu erzeugen, so handelt es sich um wirklichen Affenscharlach, der in diesen Versuchen durch Reinkulturen von Scharlachstreptokokken erzeugt wurde. Es ist also mit größter Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß die beim menschlichen Scharlach konstant vorkommenden Streptokokken auch der ätiologische Erreger der Erkrankung sind.

Diskussion: Knöpfelmacher (Wien) hat Makaken monatelang auf der Scharlachabteilung gehalten, sie wiederholt mit Rachensekret von Scharlachkranken geimpft, ohne positives Resultat. Eine puerperale Sepsis mit Erythem erinnert vollständig an das, was der Vortragende beobachtet hat. Zur Identifizierung als Scharlach fehlt das Hauptsymptom, die Kontagiosität.

Schabad (St. Petersburg) beobachtete mehrfach, daß in einer Familie mehrere Streptokokkenkrankheiten (Angina, rheumatoide Zustände usw.) vorkamen und erst dann ein Scharlachfall eintrat. Gleiche Beobachtungen rühren von Ssokolow her.

Fischl (Prag) antwortete auf eine Anfrage Spitzys, daß sich die Schuppung bei Scharlach tatsächlich charakteristisch von den Schuppungen unterscheidet, wie sie bei langdauernder Bettruhe, unter Verbänden, bei Ruhigstellung der Glieder usw. zu beobachten sind.

35. **Erich Klose** (Breslau): *„Zur Kenntnis der Körperzusammensetzung bei Ernährungsstörungen."*

Analysen von Knochen, Muskulatur, Haut und inneren Organen eines normalen Neugeborenen und eines 4 Wochen alten Kindes mit ausgedehnten Ödemen infolge schwerer Ernährungsstörung (Mehlnährschaden). Es wurden bedeutende Veränderungen sowohl in der grobchemischen Zusammensetzung als auch im Mineralbestande gefunden. Als Hauptwasserdepot des Organismus ist die Haut anzusehen, aber auch Muskulatur und Knochen können bedeutende Wassermengen speichern. Die pathologische Wasserbindung im ernährungsgestörten Organismus scheint ein sehr komplizierter Vorgang zu sein. Jedenfalls konnten bei dem Ödem kaum einfache Beziehungen zwischen Wassergehalt und Na- und Cl-Anreicherung

festgestellt werden. Der Wasserbindung des ernährungsgestörten Organismus ist daher nicht die Wasserbindung bei nephritischen Ödemen gleichzustellen.

6. Sitzung am Dienstag, den 23. September, nachmittags.

36. **Hochsinger:** *„Ein Fall von angeborenem Turmschädel."* (Erscheint in der Originalabteilung dieser Monatsschrift.)

Hochsinger demonstriert ein 5wöchiges Kind mit Turmschädel infolge einer angeborenen, kompletten Verknöcherung der Kranznaht und hochgradigem Exophthalmus. Während die Pfeilnaht und Hinterhauptnaht weit klaffen und zwischen Spitze des Hinterhauptes und Scheitels eine große Schädellücke besteht, ist die Kranznaht gänzlich zugewachsen und in Form einer harten Kante über das übrige Schädelniveau vorspringend. Der Schädel selbst hat die klassische Turmform. Merkwürdig ist das Bestehen einer symmetrischen Bildungshemmung an beiden Scheitelbeinen. Die Stirn- und Scheitelhöcker sind nur 1 cm statt 9 cm voneinander entfernt. Dies und die Verwachsung der Kranznaht bedingen ein Mißverhältnis zwischen Gehirn- und Schädelwachstum. Der Schädel ist zu eng für das Gehirn des Kindes. Bei dem vorgestellten Kind ergab die in der 4. Lebenswoche vorgenommene Augenspiegeluntersuchung eine beginnende Sehnervenentzündung, wie dies bei älteren Individuen mit Turmschädel in den letzten Jahren sehr häufig nachgewiesen wurde. Die Sehnervenerkrankung hängt mit größter Wahrscheinlichkeit von einem Drucke ab, welchen der Sehnerv im foramen opticum erleidet.

37. **Hochsinger:** *„Demonstration von mikroskopischen Präparaten eines Falles von Säuglingsmyxödem."* (Erscheint in der Originalabteilung dieser Monatsschrift.)

Hochsinger fand bei einem im 13. Lebensmonate verstorbenen Säugling, welcher Wachstums- und Ossifikationsverhältnisse eines kaum zweimonatigen zeigte, eine Schilddrüse von pathologischer Härte, welche mikroskopisch hochgradige Veränderungen aufwies, die in Bindegewebswucherung und Abstoßung gehärteter Epithelien in die Acini bei vollkommenem Fehlen von Kolloidabsonderung bestehen. Die hochgradigen Wachstumsstörungen beweisen das Zurückreichen der Erkrankung in die erste Lebenszeit, vielleicht sogar ins Fötalleben. Der anatomische Befund an der Schilddrüse zeigt, daß nicht jedes frühzeitig entstehende Myxödem auf angeborenem Schilddrüsendefekt beruhen muß, sondern auch die Folge einer frühzeitig, vielleicht schon intrauterin einsetzenden krankhaften Veränderung der Schilddrüse sein kann.

38. **J. von Bokay** (Budapest): *„Über die lokale Behandlung der während der Intubation im Kehlkopf entstehenden Dekubitalgeschwüre."*

In seinem Intubationsmaterial (2000 Fälle) verwendet v. Bokay bei Vorhandensein von Dekubitalgeschwüren seit 1901 die O'Dwyer-Ermoldsche mit einem schmaleren Halse und mit einer tiefer liegenden bauchigen Vorwölbung versehene Bronzeheiltube, deren schmaler Halsteil, also jene Stelle, die mit der ulzerösen Oberfläche in unmittelbare Berührung kommt, mit einer durch pulverisierten Alaun imprägnierten Gelatineschicht überzogen wird. In seinem Vortrag berichtet er über 51 auf diese Art geheilte Fälle, in welchen die Gesamtliegezeit der Ebonit- und Bronzeheiltuben 150 bis 546 Stunden betrug und in 24 Fällen die Gesamtliegezeit dieser Tuben 10 × 24 Stunden übertraf. Durch die zur entsprechenden Zeit angewandten Bronzeheiltuben erreichte er, daß er seit dem Jahre 1909

unter 626 intubierten Fällen nur 31mal sekundäre Tracheotomie ausführen mußte, und trotzdem war sein Heilungsprozentsatz 70. Die Resultate des Vortragenden mit diesen Bronzeheiltuben sind um so bemerkenswerter, als 50% der behandelten Fälle das zweite Lebensjahr noch nicht überschritten hatten. Einige Wochen nach endgültiger Extubation entwickelte sich bei 3 Kindern eine narbige Larynxstenose, die in 2 Fällen leicht war und bei Anwendung methodischer Intubation rasch heilte, in einem Falle aber war sie schwerer, es mußte sekundäre Tracheotomie ausgeführt werden und durch Anwendung der sekundären Intubation trat langsam die Heilung ein. In einem Fall entwickelte sich auf dem Stimmband ein erbsengroßes Granulationsgebilde, das mittels Laryngoscopia directa leicht exstirpiert werden konnte.

Diskussion: Knöpfelmacher (Wien) rät, die Intubation nicht zu lange auszudehnen und möglichst bald zur Vermeidung eines Dekubitus zur sekundären Tracheotomie zu greifen. Unter 354 Kindern (214 nur intubierte, 110 intubierte und sekundäre tracheotomierte Kinder) wurden 14 Kinder als Canulards entlassen.

39. **Egon Rach** (Wien): *„Über röntgenologische Diagnose endothorakaler Senkungsabszesse im Kindesalter."*

Es gelang in 13 Fällen, bei denen durch die übrigen klinischen Symptome die Diagnose einer tuberkulösen Wirbelentzündung der unteren Hals- oder der Brustwirbelsäule feststand, röntgenologisch endothorakale Senkungsabszesse nachzuweisen, mediane längs der Wirbelsäule verlaufende Schatten, die nach beiden Seiten diese überragten und sich lateral in Form flach nach außen gekrümmter Bogenlinien begrenzten. Sie zeigten an einer Stelle ihres Verlaufes eine Anschwellung, nach deren Lokalisation zweierlei Typen von Schatten unterschieden werden konnten. Erstens solche, deren Anschwellung in das Niveau des oberen Mittelschattens fiel und die nach rechts stärker als nach links sich ausdehnten, und zweitens Schatten, die eine kolbenförmige Ausbuchtung im Bereich des Herzschattens zeigten und dann völlig oder annähernd symmetrisch waren.

Dieser Nachweis kann unter Umständen ein für die Diagnose der tuberkulösen Wirbelentzündung verwertbares Symptom darstellen und mit größter Wahrscheinlichkeit einen späteren intraabdominalen oder Psoasabszeß voraussagen lassen, mitunter auch die Erklärung für Atmungs- oder Kreislaufstörungen erbringen.

40. **Gertrud Blen** (Wien): *„Enzephalitis und Mumps."*

Bei einem 8jährigen Kinde, welches 8 Tage vor Spitalseintritt an Parotitis epidemica erkrankt war und das unter schweren Krämpfen zugrunde ging, ergab die Sektion folgenden Befund: Makroskopisch geringe Trübung und Hyperämie der Meningen; genaue mikroskopische Untersuchung ergibt als wichtigsten Befund inselförmigen, scharf abgesetzten Markscheidendefekt in den Markstrahlen der Rinde, dem um so mehr Bedeutung beigelegt werden muß, da ähnliche Befunde von anderen Autoren in neuerer Zeit bei akuten Prozessen gesehen und beschrieben wurden. Es handelt sich also um einen autoptisch nachgewiesenen Fall von Leptomeningitis-Enzephalitis im Anschluß an Parotitis epidemica.

41. **W. Buttermilch** und 42. **H. Stettiner** (Berlin): *„Zur Empyembehandlung im Säuglings- und frühen Kindesalter."*

Der erste Redner führt aus, daß, während die Ansichten über die Empyembehandlung bei Erwachsenen im wesentlichen geklärt sind und der Rippenresektion mit wenigen Ausnahmen — ein Teil tritt für Punktionsbehandlung bei metapneumonischen Empyemen ein — den Vorzug geben, ist den schonenden und weniger eingreifenden

Maßnahmen bei der Behandlung des Empyems im Kindes- und speziell im Säuglingsalter immer wieder das Wort gesprochen worden. So trat Gaudier für die versuchsweise Punktion ein. Wieder andere geben den einfachen Inzisionen im Zwischenrippenraume, andere der Bülauschen und ähnlichen Heberdrainagen, Spitzy der Reihenpunktion den Vorzug. Während die Resultate dieser Methoden keine wesentlich verschiedenen sind, machten Finkelstein, Spitzy und Zybell auf die schlechten Resultate der Rippenresektion ganz besonders aufmerksam. Letzterer tritt an der Hand einer eigenen Statistik warm für die Punktionsbehandlung ein, die den Besonderheiten des kindlichen Ogranismus am besten angepaßt sei und die meisten Heilungsaussichten gewährleistet.

Redner glauben, daß die ungünstige Prognose des Säuglingsempyems nicht so sehr von der Anwendung der einen oder andern Operationsmethode abhängig ist, als vielmehr, wie auch Finkelstein betont, von dem Verlaufe der sie veranlassenden Grundkrankheit, in erster Linie von den verschiedenen Formen von Pneumonien. Zwei Drittel oder mindestens die Hälfte aller an Pneumonie erkrankten Säuglinge müssen nach zahlreichen Berichten als verloren gelten. Im Weißenseer Säuglingskrankenhause starben von 62 Kranken 30. So wird die Prognose der sie begleitenden eitrigen Brustfellentzündung noch schlechter sein; erschwerend kommt hinzu, daß sie im Säuglingsalter meist para- oder sympneumonisch auftritt. Die Komplikationen der serösen Häute, der Haut, des Ohres, der Harn- und Darmwege und der foudroyante Charakter gerade des Säuglingsempyems, das oft in 1 bis 2 Tagen ad exitum führt, verschlechtern die Prognose noch weiter. Das metastatische oder septische Empyem gibt eine besonders schlechte Prognose. Aber auch die größere Empfindlichkeit des jugendlichen Organismus gegenüber den Pneumokokken, welche mit allen Bakterien im Säuglingsalter die Tendenz der Generalisierung gemeinsam haben, gibt dem durch Pneumokokken verursachten Empyem keine gesonderte Stellung.

Mit Hilfe der Statistik ist die Frage nicht zu lösen. Trotzdem geben Redner auch einen Bericht über ihre in Weißensee beobachteten Fälle, um zu zeigen, daß die Erfolge mit der Radikaloperation hier die gleichen waren, wie sie Zybell mit der Punktion erzielt hat, und zweitens, um die Frage zu beantworten, ob die Fälle, die der schonenden Behandlung zugänglich sind, von denen getrennt werden können, die der Rippenresektion bedürfen.

Die im Laufe von 2 Jahren beobachteten 16 Fälle von Empyemen im 1. und 2. Lebensjahre (Morbiditätsziffer von 1·5%) kann man in drei Gruppen einteilen:

1. Solche, bei denen die einfache Punktion angewendet wurde (3, von denen 2 starben, 1 nach einer Probepunktion heilte).

2. Solche, bei denen erst punktiert und dann sekundär reseziert wurde (3, welche gestorben sind).

3. Solche, bei denen sofort nach der Probepunktion reseziert wurde (8 mit 6 Heilungen und 2 Todesfälle).

Zu diesen kommt ein neunter Fall, welcher als Heilung registriert werden kann, der, mit Hautwunde entlassen, draußen Masern bekam und nach einigen Wochen an einer Masernpneumonie gestorben ist. Es kommt dann noch ein Empyem hinzu, das reserziert wurde und starb und bei dem sich die von Heubner beschriebene „mehrfache eitrige Entzündung seröser Häute" bei der Sektion vorfand.

Mit diesen Erfahrungen möchten Redner die Wahl des Eingriffes niemals schematisch nach einer eigenen Methode, sondern die Frage von Fall zu Fall entschieden wissen. Unterschiede bakterieller Natur in quantitativer Form erkennen sie nicht an: auch die Menge des Eiters gibt nicht die Entscheidung, wohl aber seine Qualität. Sie haben die Differenzen der Malignität an ihren Empyemfällen teils durch Feststellung der Lebensdauer der Bakterien, teils durch Virulenz-

bestimmung nachgewiesen. Maßgebend ist in erster Linie der Zustand des Kindes. Es gibt Fälle, in denen man den eitrigen Erguß der Resorption überlassen kann. Hier hat dem ersten Redner das Leukozytenbild bemerkenswerte Anhaltspunkte gegeben.

Der zweite Redner betont noch einmal, daß die Fragestellung so lautet: „Können wir die Fälle, in denen die schonendere Behandlung zum Ziele führt, von denen, die eine eingreifendere nötig machen, differenzieren?“ Wir müssen noch Mittel suchen, die Virulenz der Kokken einerseits und die Widerstandsfähigkeit des Organismus anderseits zu schätzen. Die Neigung zur Bildung von Metastasen spricht noch nicht für eine hohe Virulenz. Es sind Fälle mit doppelseitigem Empyem, metastatischen Gelenkseiterungen beschrieben, die aber durch Punktion zur Heilung kamen, weil eine weniger virulente Infektion vorlag. Hier kommt zunächst auch gar kein anderer Eingriff in Betracht, da die Indikation in der Entfernung der Menge des Eiters besteht, ebenso wie bei massenhafter Exsudation, die die Lunge komprimiert, zunächst die Entlastungspunktion indiziert ist.

Ein sehr gutes Mittel zur Abschätzung der Virulenz besteht in der Infektion des Stichkanals nach Probepunktion oder Parazentese, auf deren Gefährlichkeit bereits F ü r b r i n g e r in der Diskussion in Wien vor Jahren hingewiesen hat. Sie gibt eine Indikation zur sofortigen Rippenresektion, weniger wegen der Geahr der Rückenphlegmone als vielmehr als ein Zeichen der hohen Virulenz der Bakterien. Verschiedene Virulenz der Bakterien nach D r e y e r durch Einspritzung von bestimmten Mengen von Bouillonkultur in das Kniegelenk eines Kaninchens haben gezeigt, daß die Entzündung in schwer virulenten Fällen schneller eintrat als in weniger virulenten.

In solchen Fällen ist die sekundäre Rippenresektion indiziert, wenn der Ausfall dieser Versuche mit den allgemeinen klinischen Erscheinungen übereinstimmt.

Bei kräftigen Kindern mit zähem Eiter halten Redner sie nach wie vor für primär erforderlich.

Die ungünstige Statistik von Z y b e l l, nach dessen Zusammenstellung von 116 Fällen, die mit Rippenresektion behandelt sind, nur 18 geheilt wurden, gibt ein zu ungünstiges Bild. So zeigt das dem zweiten Redner freundlichst überlassene Material von S i c k (Hamburg-Eppendorf) wohl auch die Unterschiede in der Prognose des Säuglingsempyems von dem bei älteren Kindern, aber kein so trübes Bild. Von 25 Kindern im Alter von 1 bis 4 Jahren wurden 11 über 2 Jahre alte völlig geheilt, während von 14 unter 2 Jahren 8 starben. Zählen wird diese Fälle den unsrigen zu, so haben wir 26 Fälle mit 13 Heilungen.

Von den anderen Einwendungen gegen die Rippenresektion ist der Ausspruch S p i t z y s, daß das Kind wie eine angeschnittene Frucht eintrockne, der krasseste, Redner hatten in einzelnen der letal verlaufenen Fälle denselben Eindruck, aber nicht in allen. Ebenso wenig halten sie den Eingriff für einen zu großen und haben nicht häufiger Kollapserscheinungen gesehen als bei Erwachsenen. Auch eine unmittelbare Verschlechterung durch die Operation konnten sie nicht konstatieren.

Behufs Verhütung des Pneumothorax gelten dieselben Vorschriften wie bei der Operation bei Erwachsenen. Es ist möglichst die Eröffnung der Pleurahöhle vor der Rippenresektion zu vermeiden, was bei den kleinen Verhältnissen nicht immer ganz leicht ist und waren ganz besonders geeignete Instrumente nötig. Am besten wird die Pleura mit Nadel, Hohlmeißel und Kornzange eröffnet. Spülung findet nur bei jauchigen Exsudaten statt, die Art der Drainage ist den jeweiligen Veränderungen anzupassen. Der Verbandwechsel, welcher zunächst nach 24 Stunden, dann nach 2—3mal 24 Stunden stattfindet, muß besonders vorsichtig gemacht werden. Es bedarf dazu vernünftiger Assistenz behufs Ver-

meidung von Eintritt von Luft in die Pleurahöhle. Das Moment für Fortlassung des Drains ist richtig zu wählen, je nach dem Zustande muß nach der Operation Kodein, Kampfer, Digalen, Adrenalin gegeben werden. Die Ernährung fand im Weißenseer Säuglingskrankenhause mit abgedrückter Ammenmilch statt. Redner sind der Ansicht, daß die besseren Resultate wesentlich durch das Zusammenwirken von Internen und Chirurgen erreicht werden.

Zusammenfassend möchten Redner sagen:

1. Sie können dem Standpunkt nicht beipflichten, daß die Behandlung des Empyems mit Rippenresektion im Säuglings- und frühen Kindesalter zu verwerfen ist und daß, wenn überhaupt durch eine lokale Behandlung noch Heilung zu bringen ist, diese nur durch die Punktion zu erzielen ist. Ja, sie halten die Propagierung dieses Standpunktes für eine Gefahr, da nach ihrer Ansicht ein Teil der Empyeme nur durch die Rippenresektion zu retten ist.

2. Schlechte Prognose der Säuglingsempyeme wird nicht durch die Rippenresektion bedingt, sondern ist die Folge der hohen Mortalität der verschiedenen Arten der Säuglingspneumonie.

3. Sie stehen nicht auf dem Standpunkte, daß, wie bei Erwachsenen, mit Feststellung des Eiters in der Pleurahöhle auch die Indikation für die Rippenresektion gegeben ist.

4. Die verschiedenen Formen der Punktionen kommen als alleiniger Eingriff zunächst nur bei untergewichtigen und atrophischen Säuglingen in Betracht.

5. Die versuchsweise Punktion kommt in Betracht bei doppelseitigen Empyemen, bei metastatischer Eiterung und Polyserositis; ferner erscheint sie indiziert bei dünnflüssigem Eiter, bei nicht hochgradiger Dyspnoe bei sonst gutem Allgemeinbefinden. Zeigt die Virulenzbestimmung der Bakterien, für die einmal die Infektion der Punktionsstelle, zweitens der Tierversuch einen Anhalt gibt, einen hohen Grad konform mit einer Verschlechterung oder nur unwesentlichen Besserung des Allgemeinbefindens und den Zeichen einer Wiederansammlung des Exsudates, so ist sekundär die Rippenresektion vorzunehmen.

6. Bei kräftigen Kindern und zähem Eiter ist die primäre Rippenresektion indiziert.

7. Die Nachbehandlung nach Rippenresektion erfordert die größte Sorgfalt.

8. Die seltenen tuberkulösen Empyeme sind wie kalte Abszesse zu behandeln.

Diskussion: Rietschel (Dresden) wendet, nachdem sich die Erfolge mit Thorakotomie keineswegs als ermutigend gezeigt hatten, seit etwa 2½ Jahren mit ungleich besserem Erfolg die Punktionsbehandlung an. Die Hauptsache bleibt, daß bei der Behandlung das Hauptgewicht auf die Pneumonie gelegt wird: Solange ein pneumonischer Herd vorhanden ist, bedeutet die Thorakotomie den Tod des Kindes. In jedem Falle ist mit der Punktionsbehandlung zu beginnen; ist die Pneumonie abgelaufen und heilt das Empyem, dann erst ist die Thorakotomie angezeigt, dann erst gibt sie gute Resultate.

Tobler (Breslau) schließt sich Rietschel an, besonders bezüglich der Bedeutung der Pneumonie. Die systematische Punktionsbehandlung bedeutet sicher einen Fortschritt gegenüber der Thorakotomie. Die Stärke der lokalen Reaktion an der Punktionsstelle ist kein Indikator für die weitere Führung der Behandlung: ein schwerer Fall von Streptokokkenempyem mit ausgedehnter Phlegmone vom Stichkanal aus erholte sich unter Punktionsbehandlung und ging nach der radikalen Operation akut zugrunde.

Buttermilch (Weißensee) betont im Schlußwort, daß auch er auf dem Standpunkt steht, zunächst soll man mit der Punktionsbehandlung beginnen, nur solle die Rippenresektion nicht als absolut aussichtslos verworfen werden.

43. **Siegert:** *„Zur Pathologie des angeborenen und erworbenen Myxödems im Kindesalter."*

Auf Grund der vorliegenden histologischen und klinischen Untersuchung läßt sich eine Trennung zwischen Thyreoaplasie (Pineles) respektive dystopischer Hypoplasie (Thomas) und erworbenem infantilem Myxödem durch Schwund der entwickelten Drüse nicht aufrecht erhalten. Die Hypothese einer hypothyreotischen Konstitution (Hertoghe, Spolverini, Wieland) ist unbewiesen.

Das Myxödem des Kindes kommt zu jeder Zeit des Kindesalters vor, am häufigsten im ersten Lebensjahr, häufig in den ersten 5 Jahren, am seltensten nach dem 6. Lebensjahr.

Es ist die Folge des seltenen Fehlens der ersten Schilddrüsenanlage, häufiger der intra- wie extrauterin verkümmernden, weil unvollständig deszendierenden Schilddrüsenanlage oder der Atrophie der entwickelten Schilddrüse.

Restlose Involution der ersten Anlage kann in der Fötalzeit wie nachher zum Abschluß kommen, auch unvollständiges Myxödem bedingen. Angeborene Symptome der Athyreosis gibt es nicht.

Bei fehlender hochgradiger Lähmung der autonomen Nerven, nachgewiesen mittels schwächster, beim normalen Kind unwirksamer Homatropinlösung, ist die Diagnose „Myxödem" hinfällig. Die Entwicklung des Skeletts und der intellektuellen Tätigkeiten vor eintretendem Myxödem bezeichnen den Beginn der Erkrankung und sind entscheidend für die Frage, ob angeborenes oder erworbenes Myxödem vorliegt.

Diskussion: Abels (Wien) erinnert an den von ihm mitgeteilten, bisher einzigen einwandfreien Fall von Myxödem, der schon bei der Geburt ein prägnantes Bild bot (Monatschr., Referatenteil, Bd. XI, S. 789). In jenem Falle wurde das frühzeitige Manifestwerden mit der Hypothyreose der Mutter in Zusammenhang gebracht. Für diesen Zusammenhang sprechen weitere experimentelle Untersuchungen.

44. **Heinrich Höck** (Wien): *„Der Wert des Milchzahngebisses."*

Der Vortragende legt großen Wert auf die Erhaltung des Milchzahngebisses, wodurch den Kindern viel Schmerzen erspart und die Milchzähne bis zum Eintreten der bleibenden Zähne kaufähig erhalten werden sollen. Er warnt sehr vor der zu frühen Entfernung der Milcheck- und Milchbackenzähne, wodurch enge Zahnstellung mit deren Folge: der so zerstörenden Zahnkaries und starke Diformitäten der Kiefer mit ihren Konsequenzen: Mundatmung usw., hervorgerufen werden. Den ersten bleibenden Mahlzahn, „Sechser" genannt, soll man womöglich bis zum 12. Jahre erhalten, weil er in der Zwischenzeit des Zahnwechsels die Aufgabe des Kauaktes zu übernehmen und eine gute Einstellung des Unterkiefers zum Oberkiefer zu sichern hat. Nach dem 13. Lebensjahre kann man den Sechserzahn entfernen, wodurch die Zähne im weiten Kieferbogen nicht mehr enge stehen und dem eventuell sonst ungünstig durchbrechenden Weisheitszahne genug Raum gewähren. Durch eine vernünftige, wissenschaftliche Behandlung respektive Pflege des Milchzahngebisses werden den Kindern viel Schmerzen und der Verlust der Zähne, den Eltern viele Opfer an Zeit und Geld erspart.

Diskussion: Friedjung (Wien) hält den Kausalzusammenhang zwischen Prognathie und Daumenlutschen für sehr zweifelhaft.

45. **Knöpfelmacher** und **Mautner**: *„Verlangsamte Resorption der Zerebrospinalflüssigkeit bei Hydrozephalus."* (Erscheint in der Originalabteilung dieser Monatsschrift.)

Da der Hydrozephalus seine Entstehung entweder einer vermehrten Absonderung oder einer verminderten Aufsaugung von Zerebrospinalflüssigkeit oder beiden Ursachen verdanken muß, prüften Knöpfelmacher und Mautner die Zeitdauer, innerhalb welcher aus der Zerebrospinalflüssigkeit Pferdeserum resorbiert wird. Dieses wurde in den Untersuchungen intralumbal oder in einem Falle von Hydrecephalus congenitus und einem Falle von epidemischer Meningitis direkt in die Ventrikel eingebracht. Hierbei hat sich ergeben: Beim akuten Hydrozephalus, welcher die Meningitis tuberculosa regelmäßig begleitet (8 Fälle), verschwindet das Pferdeserum meist rasch, seltener langsam (einmal später als in 4 Tagen).

Beim chronischen Hydrocephalus congenitus betrug (1 Fall) die Verweildauer des Pferdeserums 10 Tage nach Einbringung in die Ventrikel, beim chronischen Hydrozephalus im Gefolge einer längst abgelaufenen, wahrscheinlich epidemischen Meningitis 8 Tage, bei einem Falle von chronischem Pyozephalus bei epidemischer Meningitis mehr als 14 Tage.

Die Verff. sprechen sich dafür aus, daß das oft überaus rasche Verschwinden des Pferdeserums aus der Zerebrospinalflüssigkeit dahin ausgelegt werden muß, daß sich normalerweise die Zellen der Gehirnrückenmarksauskleidung an der Ausscheidung des Pferdeserums beteiligen und daß beim Hydrozephalus für eine verlängerte Verweildauer nicht allein verlangsamter Abfluß der Zerebrospinalflüssigkeit, sondern eine verminderte Fähigkeit der betreffenden Zellen zur Ausscheidung respektive Zerstörung körperfremder Substanzen verantwortlich gemacht werden könne.

46. **Zappert** berichtet über einen *„Epileptischen pseudobulbären Symptomenkomplex"* mit günstigem Verlaufe. Das Wesentliche des Krankheitsbildes ist das Auftreten von epileptischen Anfällen bei kleinen Kindern, die sich schließlich zu einer großen Häufigkeit steigern und vorwiegend in petit-mal-Anfällen sich äußern. Gleichzeitig mit dem Höhepunkt der Anfälle bildet sich ein schweres, scheinbar progressives pseudobulbäres Krankheitsbild. Dasselbe dauert einige Monate hindurch an, trotzdem die Anfälle an Frequenz rasch nachlassen. Die Vermutung einer progressiven Hirnerkrankung liegt sehr nahe. Überraschenderweise bilden sich aber die Pseudobulbärsymptome zurück, die Anfälle schwinden vollkommen und die Kinder werden völlig gesund. In den beiden vom Vortragenden beobachteten Fällen dauert diese Gesundheit jetzt $2^1/_2$ bzw. $3^1/_4$ Jahre an. Die Intelligenz der Kinder ist während des ganzen Krankheitsbildes nicht gestört; hingegen bestehen schwere Insuffizienzerscheinungen von seiten des Verdauungsapparates, die nach Abheilung des nervösen Symptomenkomplexes auffallend rasch zurückgehen. Vortragender läßt die Deutung dieser Zustände offen. Ob sich später wieder epileptische Anfälle einstellen werden, läßt sich vor einer vieljährigen Beobachtungszeit nicht sagen. Doch stimmt die zeitliche Inkongruenz zwischen dem Höhepunkt der epileptischen Anfälle und der Pseudobulbärparalyse nicht recht mit der Auffassung einer Epilepsie, wie denn überhaupt das eigentümliche Krankheitsbild, selbst wenn sich schließlich eine Epilepsie entwickeln sollte, einen ganz atypischen, wenig beobachteten Beginn des Leidens darstellt. Vortragender hält es aber auch für möglich, daß es sich tatsächlich nur um eine subakute Gehirnaffektion gehandelt habe, die keinerlei Störungen im Gefolge haben muß. Als Ursache dieser Gehirnaffektion müßte man darmtoxische Prozesse annehmen, was namentlich in dem einen der Fälle sehr naheliegend erscheint, da bei diesem die ersten Anfälle direkt im Anschluß an eine schwere Darmerkrankung aufgetreten waren.

7. Sitzung am Mittwoch, den 24. September, vormittags.

Heilpädagogische Abteilung.

In der Einleitung weist v. Pirquet auf die Bedeutung der Heilpädagogik einerseits und auf die geringe Beachtung, welche sie in der Heilkunde bisher gefunden habe, anderseits hin. Die Heilpädagogik stelle ein Gebiet dar, um das sich weder die Kinderärzte noch die Psychiater viel gekümmert hätten. Im Interesse beider Teile sei es, daß die Heilpädagogik von der Kinderheilkunde als Teilgebiet gewissermaßen mit Beschlag belegt werde. Das äußere Zeichen des pädiatrischen Interesses sei die Angliederung einer heilpädagogischen Abteilung an die Wiener Kinderklinik.

47. **Dr. Erwin Lazar:** *„Die heilpädagogische Abteilung der k. k. Kinderklinik in Wien."*

Nach Besprechung der Ziele der als Beobachtungsstation für psychisch abnorme Kinder, besonders aber für Kinder mit moralischen Defekten gedachten Abteilung und der Art der Untersuchung präzisiert der Vortrag den Standpunkt der Klinik bezüglich einiger Arten der moralischen Defekte. Eine große Bedeutung fällt dem pathologischen Übermut (hyperthymischer Konstitution Ziehens) zu. Außerordentlich viele Kinder, die man einfach als „schlimm" oder als ungezogen auffaßt, gehören dieser Gruppe an. Stark ins Gewicht fällt ihre Neigung zur Kriminalität jeder Form, bei Mädchen zur Prostitution. Die Beziehungen zur Manie, manisch-depressivem Irresein sind zu vermuten, keinesfalls sind es aber reine Formen dieser Erkrankung. Als ein wichtiger Typus ist eine Gruppe von Kindern aufzufassen, die gemein die schwersten moralischen Defekte aufzuweisen haben. Es gelingt, eine gewisse Körperform mit diesen schwersten moralischen Entartungen in Zusammenhang zu bringen. Kleine, starkknochige, sehnige Individuen mit besonders kräftigen Schädel- und Gesichtsknochen und ausgezeichneten Zähnen, meist hypoplastischen Genitalien und mehr oder minder zahlreichen Degenerationszeichen. Sie sind wohl trainierbar, aber in ihrem Wesen nicht zu ändern. Die schwersten Formen der Kriminalität sind nicht an diesen Typus gebunden, sondern entwickeln sich bei somopathischen Verwahrlosten, auch dann, wenn sie später in Anstaltserziehung kommen. Hier liegen Fehler der Anstaltserziehung klar zutage. In solchen Fällen kann nur mit ärztlichem Eingreifen etwas geleistet werden.

48. **Raudnitz:** *„Psychologische Experimente an Kindern."*

Wird einmal die Erziehung zur Sittlichkeit auf erfahrungsmäßige Grundlagen gestellt werden, so muß es eine der wichtigsten Aufgaben sein, die angeboren oder sittlich minderwertigen Kinder frühzeitig zu erkennen und sie einer gesonderten Erziehung zuzuführen, wie wir das heute in Hilfsschulen bezüglich des Unterrichtes schlecht sprechender, hörender, auffassender Kinder tun oder wenigstens tun wollen. Auch hier werden die Ärzte den ersten Anstoß geben, in der Folge jedoch Lehrern und Psychologen die weitere Bearbeitung überlassen, sobald erst einmal auch auf diesem Gebiete der experimentellen Forschung Bahn gebrochen wurde.

Von diesem Gesichtspunkte aus hat Raudnitz nach Verfahren gesucht, um den Negativismus objektiv festzustellen, d. h. jene geistige Eigenheit oder jene seelische Eigenschaft, bei welcher der Träger in entgegengesetzter Weise reagiert wie die Überzahl die normalen Menschen. Marbe hat mit einer Reihe von zum Teil schon von altersher bekannten Versuchsanordnungen gezeigt, daß die meisten Menschen auf einfache, ihre seelische Vorgeschichte nicht betreffende Vorgänge in gleicher Weise reagieren, z. B. von drei nebeneinanderstehenden

Ziffern die mittlere durchstreichen, wenn sie aufgefordert werden, eine zu löschen.

Auf solchen neutralen Gebieten müssen wir auch die gegensätzlichen Reaktionen nachzuweisen suchen. Raudnitz hat bisher zweierlei Versuchsanordnungen durchgeführt, eine akustische und eine optische. Die erstere guckte er einem Kartenkünstler ab. Nachdem dieser die Karten mit dem zu suchenden Blatt scheinbar durchgemischt hatte, legte er das Paket vor sich hin und fragte: Soll die Karte oben oder unten liegen? Richtig lag die Karte so, wie es die zweite Person jetzt erst bestimmte. Der Kartenkünstler selbst erklärte die merkwürdige Übereinstimmung in der Weise, daß er sich fest vornehme, der Befragte solle je nachdem „oben" oder „unten" antworten. Unbewußt betonte er das gewollte Wort stärker. Raudnitz hat nun in dieser Weise zahlreiche Versuche an Kindern und Erwachsenen durchgeführt, wobei er meist akustisch gleichwertige Farbenbezeichnungen, z. B. blau oder braun, blau oder grau — aber auch ganz sinnlose Worte, welche er für chinesische ausgab, verwendete. Im allgemeinen gelingt die Reaktion ganz gut, doch schlägt sie nach ohne Unterbrechung wiederholten Versuchen zuweilen um. Das gleiche geschieht bei gar zu starkem Unterschiede in der Betonung. Anderseits fand Raudnitz Menschen, die immer entgegengesetzt reagieren.

Da die Stärke des Betonungsunterschiedes von Bedeutung ist, er nicht immer richtig zu treffen ist, da ferner bei dieser Art der Versuche nicht bloß akustische, sondern auch optische Eindrücke durch unwillkürliche Ausdrucksbewegungen der untersuchenden Person mitspielten, so hat Raudnitz die Versuchsworte phonographisch von Pathé frères aufnehmen lassen. Ein Versuch mit der Originalwalze gelang sehr gut. Leider ist dieselbe in Paris bei Übertragung auf die Platte kaputt gegangen, so daß diese Versuche erst später wieder aufgenommen werden können.

Ein zweites Verfahren bestand darin, daß hinter einem Momentverschluß nacheinander zwei möglichst gleichwertige Farben erscheinen, welche verschieden lange Zeiten gesehen werden. Der Untersuchte hat eine der beiden Farben zu wählen. Es spielen hier 3 Momente mit: Die Farbe als solche, die Aufeinanderfolge, — d. h. erste und zweite — und endlich die Zeitdauer. Es war deshalb folgende Versuchsanordnung nötig. Bei allen Versuchspersonen wird die gleiche Reihenfolge der Farbentafeln eingehalten. Dadurch erhält man ein Urteil darüber, ob nicht in den einzelnen Farbenpaaren eine prinzipiell überwiegt. Dann werden die Farbentafeln der Untersuchungsperson in beliebiger Reihenfolge unmittelbar vorgezeigt und sie hat ohne Nennung — um den akustischen Ein- und Nachdruck zu vermeiden — mit dem Finger eine zu wählen. Endlich kommt die Untersuchung mit dem Momentverschluß, wobei zuerst zweimal gleiche Zeiten, $^1/_5''$ und $^2/_5''$, hierauf verschieden lange Zeit, und zwar: die erste Farbe $^1/_5''$, die zweite $^2/_5''$, ferner $^2/_5''$ und $^1/_5''$, $^4/_5''$ und $^2/_5''$, $^2/_5''$ und $^4/_5''$ exponiert wird. Zu jedem Einzelversuche gehört selbstverständlich eine andere Farbentafel. Die Versuchsperson darf erst antworten, bis man sie fragt, um eine gleiche Dauer der Reaktion einzuführen. Nach jedem Einzelversuche erfolgt eine Pause, während welcher der Untersuchte gleichsam wieder auf das psychische Nullniveau gebracht werden soll, indem man ihn um Namen, Alter, Beschäftigung der Eltern, usw. ausfragt.

Raudnitz hat bisher 49 Schulkinder, 25 Wärter und Wärterinnen und 10 Geisteskranke auf diese Weise untersucht und ist zu dem vorläufigen Ergebnis gekommen, daß bei Schulkindern die Farbe als solche keinen Einfluß hat, die Zeitdauer der Exposition nur einen geringen, den größten die Reihenfolge. Bei gleichen Zeiten wählten die Schulkinder in 59%, bei ungleichen Zeiten in 60% der Fälle die zweite Farbe. Das Ganze ist nur ein Anfang, ein Weg, der aber noch viel Anregungen zu versprechen scheint.

49. **Theodor Heller** (Wien): *„Über affektive Psychoneurosen des Kindesalters."*

Der Vortragende (Direktor der Heilerziehungsanstalt Wien-Grinzing) weist auf die Bedeutung der Gemütsbewegungen im Seelenleben des Kindes hin. Diese zeichnen unter normalen Verhältnissen vielfach der Willens- und Charakterentwicklung den Weg vor. Störend greifen in die seelische Entwicklung Affekte mit dem Charakter der Unlust ein. Solche entstehen nicht selten als pathologische Erscheinungen unter dem Bilde arger Verstimmung und sind dann in ihrem Ablaufe gegen die Umgebung gerichtet, so daß sich ein unsoziales, sittlich bedenkliches Verhalten ergibt. Unter diesen destruktiven Affekten ist eine impulsive Angst in erster Reihe zu nennen. Psychische Traumen lösen oft eine Dauerwirkung aus, indem sie dem Verhalten des Kindes eine geänderte, unerwünschte Richtung geben. Die Therapie besteht zunächst in einer radikalen Änderung des Milieus, dann in der Methode der Ablenkung, welche ein Vergessen des krankmachenden Komplexes befördert. Der Vortragende lehnt jede Methode ab, welche diesen Prozeß der Selbstbefreiung stört oder verhindert. Bei psychopathischen Kindern versagen Strafen, die bei normalen Kindern bessernd wirken. Die affektiv bedingten Psychoneurosen können bei nicht entsprechender Behandlung zu dauernder sittlicher Defektuosität ausarten.

50. **Huemer** (Eggenburg): *„Die Beziehungen zwischen Heilpädagogik und Fürsorgeerziehung."*

Die Einführung und Regelung der heilpädagogischen Behandlung der Fürsorgezöglinge ist eine der wichtigsten Reformen, die in Erziehungsanstalten durchgeführt werden sollen. Vortragender erläutert Zweck und Einrichtung der niederösterreichischen Landeserziehungsanstalt Eggenburg, deren Direktor er ist. Bezüglich der Erfolge in Erziehungs- und Besserungsanstalten legt er eine Statistik vor, nach welcher durchschnittlich 83·5% aller in der niederösterreichischen Landeserziehungsanstalt Eggenburg gewesenen ehemaligen Zöglinge als dauernd gebessert erschienen. Untersuchungen der gegenwärtigen Zöglinge haben ergeben, daß bei 33% eine Verwahrlosung vorliegt; von den restlichen 67% sind 30% mehr oder minder geistig abnorm.

Um die heilpädagogische Behandlung in den Erziehungs- und Besserungsanstalten allgemein einzuführen, wäre notwendig:

1. Errichtung eigener heilpädagogischer Fürsorgeanstalten mit der notwendigen Beobachtungsanstalt.
2. Die Schaffung von Hilfsklassen für schwachbefähigte Zöglinge an allen Erziehungs- und Besserungsanstalten. (Die Zahl der Schüler dieser Klassen ist eng zu beschränken.)
3. Die Lehramtszöglinge und die Medizinstudenten sollen durch Besichtigung von Erziehungs- und Besserungsanstalten und Vorträge den Zweck und die Einrichtungen dieser Anstalten kennen lernen. Zur Heranbildung von Lehrkräften für die Jugendfürsorge sind eigene Kurse zu schaffen.
4. Ebenso notwendig wie die Bestellung eigener Schulärzte ist die Bestellung von Jugendpsychiatern, welche sämtliche Zöglinge in den Erziehungs- und Besserungsanstalten regelmäßig untersuchen.

51. **Kesselsdorfer** (Jugendrichter in Wien): *„Ärztliche Jugendgerichtshilfe."*

In dem Maße, als die gerichtliche Jugendfürsorge von der repressiven Bekämpfung der Verwahrlosung Jugendlicher mit dem vertieften Studium der Verwahrlosungsursache zu prophylaktischen Erziehungsmaßnahmen fortschritt, wurde auch den Richtern die Mitwirkung eines Arztes immer wichtiger, ja unentbehrlich. Die Erfahrungen der Jugendgerichte zeigen, daß unter den straffällig gewor-

denen oder aus anderen Gründen der Fürsorge bedürftigen Jugendlichen zahlreiche psychisch abnorme sich befinden, zu deren Erkennung und richtigen Behandlung der ärztlichen Mithilfe nicht zu entraten ist. Unter allen Umständen ist noch vor der Aburteilung ein ärztliches Gutachten von sachverständiger Seite einzuholen. Zu diesem Zwecke haben verschiedene Jugendgerichte in Deutschland in mustergültiger Weise die Mitarbeit des Arztes herangezogen. In Österreich sind zwar einzelne Ansätze dazu vorhanden, die ständige Heranziehung eines ärztlichen Gutachters dürfte aber kaum vor der Errichtung eines eigentlichen Jugendgerichtes zustande kommen. Ebenso wichtig wie für die strafrechtliche Behandlung Jugendlicher ist die Einholung ärztlichen Rates bei Jugendlichen, welche der persönlichen Fürsorge des Pflegschaftsrichters unterliegen. Unbedingt ist das Gutachten des ärztlichen Beirates jedesmal einzuholen, wenn Fürsorgeerziehung in Anstalten in Betracht kommt. Die Prognose, ob sich der Jugendliche überhaupt pädagogisch beeinflussen lassen wird und wie weit, hat der Arzt zu stellen; verfehlte Erziehungsexperimente sind nicht allein zeitraubend, sie stellen auch einen möglicherweise günstigen Enderfolg ernstlich in Frage. Die weitere Folge ist die Forderung dauernder ärztlicher Überwachung der in Anstaltserziehung befindlichen Fürsorgezöglinge. Über die Fürsorgeerziehung heraus hat sich die Mithilfe des Arztes auf alle Teile der Jugendfürsorge zu erstrecken. Tatsächlich ist in Österreich weder eine halbwegs genügende Anzahl von Anstalten für schwer erziehbare Kinder vorhanden, noch wird das in denselben geübte Erziehungsprinzip den Anforderungen gerecht.

52. **Schinner** (Direktor der städtischen Hilfsschule in Wien): *„Über Eigentümlichkeiten bei Hilfsschülern."*

Im Jahre 1911 waren in Wien unter 118.966 schulpflichtigen Knaben 1221, also 1·02% und unter 122.232 schulpflichtigen Mädchen 1040, also 0·85% schwachsinnig. Von diesen besuchten nur zirka 300 eine Hilfsschule. Für die pädagogische Beeinflussung teilen sich die Schwachsinnigen in zwei Gruppen:

1. Aufgeregte, erethische Kinder (etwa 60%).
2. Stille, ruhige, apathische Kinder (etwa 40%).

Von den ersteren werden 30%, von den letzteren 40% arbeitsfähig, während die übrigen die Erziehungs- und Besserungsanstalten respektive die Armen- und Versorgungshäuser bevölkern. Unter den Wiener Hilfsschülern — die Wiener Hilfsschulkinder sind ausschließlich Schwachsinnige; bemerkenswerter Unterschied gegenüber deutschen Hilfsschulen! — finden sich etwa 10% Schwerhörige und 5% Schwachsichtige, ferner 10% Kinder, welche Lähmungserscheinungen irgend welcher Art aufweisen. Am auffallendsten ist die Zahl (70%) derer, die mit Sprachgebrechen (Stottern, Lispeln, Stammeln) behaftet sind. Prognostisch sehr ungünstig sind die Fälle mit Epilepsie (30% der Hilfsschulkinder). Auffallend groß ist die Zahl der Mongoloiden 17·3% der Hilfsschulkinder). In der Praxis hat sich eine Einteilung und Zusammenstellung der Kinder nach dem Grade ihrer Befähigung als notwendig erwiesen. Das vollständige Hilfsschulsystem besteht aus einem Hilfsschulkindergarten, einer Vorschule und einer eigentlichen Hilfsschule, welche 5 bis 6 Klassen umfassen soll. In jede Klasse sollen nicht mehr als 15 bis 18 Kinder aufgenommen werden. Die Schuldauer ist bis zum 15. respektive 16. Lebensjahre auszudehnen. Zum Schlusse berichtet der Vortragende über Hemmungen und Schwierigkeiten in einzelnen Hauptdisziplinen (Rechnen, Lesen und Schreiben), die in der Hilfsschule besonders zur Beobachtung kommen. Die Erfahrungen des Hilfsschullehrers sind nicht nur für Pädagogen von hervorragendem Interesse, sondern auch für alle diejenigen, welche dem Studium der normalen und abnormen geistigen Entwicklung ihr Interesse zuwenden.

Diskussion: Genersich (Koloszvar) hat als Leiter eines ungarischen Kinderasyls auch viel mit moralisch und geistig abnormen Kindern zu tun und hat so die Wichtigkeit der Heilpädagogik für Ärzte, insbesondere Kinderärzte kennen gelernt. Für die Beurteilung abnormer Kinder werden vom Gerichte in der Regel Psychiater herangezogen, von denen manches als abnorm aufgefaßt wird, was nur kindlich ist. Dem Psychiater ist in der Regel das Wesen des normalen Kindes zu wenig bekannt. In Ungarn hat sich für die Erziehung verwahrloster Kinder die Unterbringung bei ackerbautreibenden Familien am besten bewährt.

Altschul macht auf die Schwierigkeit der Deutung von solchen Experimenten aufmerksam, wie sie Raudnitz ausgeführt hat, und weist auf die Experimente von Binnet und Schumburg hin. Im Anschlusse an den Vortrag Hellers berichtet Altschul über einen 11jährigen Knaben, dessen störrischen Widerstand gegenüber den Eltern und Erziehern ihm durch persönlichen Einfluß zu überwinden gelang, ohne daß eine Entfernung aus dem Milieu oder eine heilpädagogische oder andere Behandlung stattgefunden habe. Bei der Beurteilung heilpädagogischer und anderer therapeutischer Momente muß die Suggestibilität der Jugend mit in Rechnung gezogen werden.

Deutsch (Budapest) weist auf die Wichtigkeit ärztlicher und pädagogischer Differenzierung der Abnormen hin und bringt Beispiele für die Suggestibilität der Kinder und für die psychischen Infektionen.

Moll (Wien). Bei psychopathischen Kindern wird neben der psychischen Behandlung vielfach der somatische Befund nicht genügend berücksichtigt, der doch für das psychische Befinden vielfach von ausschlaggebender Bedeutung ist.

Kluge (Potsdam). Die Potsdamer Provinzialanstalten für Epileptische und Idioten, denen heilpädagogische Anstalten für Knaben und Mädchen angeschlossen sind, haben bisher etwa 800 abnorme Fürsorgezöglinge beobachtet und behandelt. Die dabei gesammelten Erfahrungen lassen sich dahin zusammenfassen, daß zwar schwerpsychopathische Zöglinge am besten in der Krankenanstalt untergebracht werden, daß aber im übrigen auch für psychopathische Zöglinge die ärztlich beaufsichtigte Familienpflege recht gute Resultate gibt.

Keller (Berlin). Es ist ein Fehler, die Erfolge in der Behandlung schwer erziehbarer Kinder in zu weit gehendem Maße auf die Suggestibilität der Kinder zurückzuführen. In viel höherem Grade entscheidet die erzieherische Geschicklichkeit des Heilpädagogen, Jugendrichters, Hilfsschullehrers usw.

Selter (Solingen). Ein Teil der Mongoloiden ist überhaupt nicht bildungsfähig, ein anderer absolviert die Hilfsschule vollständig. Für die Vorschulklasse der Hilfsschule ist die Zahl weiter zu beschränken, als Schinner gefordert hat.

Vorträge aus anderen Sektionen:

In der Abteilung: Geburtshilfe und Gynäkologie berichtet

Hofmeier (Würzburg) über seine *„Erfahrungen bezüglich der klinischen Bedeutung und eventuellen Behandlung der Schädelimpressionen beim Neugeborenen"*, wobei es sich aber ausschließlich um Impressionen der Scheitelbeine handelt. Besonders wird Rücksicht genommen auf die neueren Vorschläge, derartige Impressionen auf operativem Wege mit Hilfe eines Korkziehers möglichst bald wieder auszugleichen. In der Würzburger Klinik wurde deshalb das Schicksal aller seit dem Jahre 1895 mit Impressionen geborenen, lebend entlassenen Kinder weiter verfolgt. Es handelt sich im ganzen um 25 derartige Fälle,

von denen einer spontan, die übrigen 24 bei der Extraktion des nachfolgenden Kopfes entstanden waren. Von diesen Kindern starben während oder einige Stunden nach der Geburt 7, und zwar hierunter mehrere, bei denen die Einknickung des Scheitelbeines sich nach der Geburt von selbst wieder ausgeglichen hatte. Die Obduktion dieser Kinder zeigte bei allen neben der Impression erhebliche Verletzungen der Knochen und intrakranielle Blutungen. Bei keinem der 18 überlebenden Kinder wurden stärkere Erscheinungen von Hirndruck beobachtet. Sie wurden scheinbar gesund am 9. bis 10. Tag entlassen. Von einem dieser Kinder war leider nichts weiter zu erfahren. Von den übrigen 17 starben im Laufe der Jahre 5, und zwar 3 im Laufe des ersten Jahres an Enteritis. Ein viertes Kind starb nach Ablauf eines Jahres an einer tuberkulösen Meningitis, die Impression war hier verschwunden. Das fünfte Kind starb im 8. Jahr an einer Nierenerkrankung. Keines dieser Kinder zeigte nach Angabe der Eltern und der Ärzte irgend welche Erscheinungen von Hirndruck. Sie waren alle körperlich und geistig vortrefflich gediehen. Sämtliche übrigen 12 Kinder hat Vortragender alle persönlich gesehen und sich davon überzeugt, daß sie ihrem Alter entsprechend vollkommen normal körperlich und geistig entwickelt waren. Ein Teil derselben hatte sich in der Schule geradezu ausgezeichnet. Aus diesen Beobachtungen wird gefolgert, daß jedenfalls die Impression als solche nicht die große Bedeutung für das Leben und die Entwicklung der Kinder haben kann, wie vielfach angenommen wird. Der große Unterschied in dem einen oder andern Falle wird darauf zurückgeführt, daß, abgesehen von der absoluten Größe der eventuellen Verletzung, die weitere Entwicklung im wesentlichen davon abhängt, ob die Kinder beim Beginn der Operation noch frisch waren oder bereits erheblich gelitten hatten.

Vom kosmetischen Gesichtspunkte aus wäre bei keinem der kontrollierten Kinder ein Eingriff notwendig gewesen, wobei freilich zu bemerken ist, daß es sich ausnahmslos um Scheitelbeinimpressionen handelte. Auch Erscheinungen von Hirndruck und Intelligenzstörungen waren absolut nicht festzustellen.

Es wird daraus gefolgert, daß seitliche, selbst starke Impressionen des Scheitelbeines, wenn die Entbindung bei einigermaßen frischem Kinde gemacht wird, weder augenblicklich noch in der ferneren Zukunft an sich ernstliche Gefahren bringen und daß die Gefahren, welche für diese Kinder eventuell bestehen, nicht durch einen Ausgleich der Impression beseitigt werden können, da ja auch vielfach derartige Kinder trotz eines Ausgleiches zugrunde gegangen sind.

Zum Schlusse wird noch über einen erst vor wenigen Tagen in der Klinik beobachteten Fall von Impression am Stirnbein bei einer Zangenoperation berichtet. Dieses Kind ging zugrunde unter ziemlich erheblichen Erscheinungen von Hirndruck. Es zeigte aber auch hier die Obduktion, daß außer der nicht sehr erheblichen Impression eine ausgedehnte Blutung auf der ganzen Hirnoberfläche und außerdem Verletzungen an den unteren Partien der Schädelkapsel stattgefunden hatten, welche jedenfalls die Hauptursache des Todes waren. Doch wird für diese Art Verletzungen, zum Teil wegen der kosmetischen Rücksicht, zum Teil wegen ihres scheinbar größeren Einflusses auf das Gehirn die eventuelle Nützlichkeit einer operativen Behandlung zugegeben.

In der Abteilung: Angewandte Veterinärmedizin berichtete

Hans Meßner (Karlsbad) über *„Die Arbeit des Tierarztes bei der Errichtung und Beaufsichtigung von Vorzugsmilchanstalten."*

Die Mitarbeit des Tierarztes erstreckt sich:

1. auf werktätige Mithilfe bei der Propaganda für Errichtung von Vorzugsmilchanstalten;

2. auf die Aufklärung im engeren Kreise der Landwirte;

3. auf die Beratung bei der Errichtung und

4. auf die ständige Überwachung des Milchviehs, welche bei der Neueinstellung der Tiere und in regelmäßigen Revisionen erfolgt.

Bei Erkrankungen des Euters, ebenso bei fieberhaften Erkrankungen, namentlich des Darmes und der Gebärmutter, darf die Milch zum Verkauf nicht zugelassen werden. Bezüglich Tuberkulose steht der Vortragende auf dem Standpunkte Ostertags, daß nur bei Eutertuberkulose und den übrigen Formen der klinisch nachweisbaren offenen Tuberkulose die Milch vom Verkehr auszuschließen ist. Außer der Überwachung der Milchtiere hat eine Untersuchung der Milch durch den Tierarzt stattzufinden (einfache Sinnesprüfung, Katalase- und Reduktasebestimmungen, Untersuchungen nach Trommsdorf, Schmutzprobe, Ermittlung der Keimzahl, Verimpfung von Gesamtmilchproben bei Meerschweinchen).

In der Neurologisch-psychiatrischen Abteilung berichtete

G. Stiefler (Linz a. d. D.): *„Über das Vorkommen der spinalen Kinderlähmung in Oberösterreich in den Jahren 1908 bis 1913."*

Die Poliomyelitis acuta scheint im letzten Jahrzehnte in Oberösterreich etwas häufiger vorgekommen zu sein als in früheren Jahren; im Herbste 1908 kam es zu einer schweren Epidemie im Landbezirke Steyr. Die Anzahl der Fälle von 1909 bis August 1913 beträgt 187. Drei Viertel der Fälle stand im Alter unter 12 Jahren (dem Prädilektionsalter der drei ersten Lebensjahre entsprechen nur 44 Fälle = 23·7%, über 20 Jahre alt waren 28 Fälle (15%).

Mit Ausnahme von 3 Fällen fand sich stets ein meist mehrtägiges Prodromalstadium. Von 160 Lähmungsfällen waren 148 der spinalen Form anzurechnen, darunter 14 Landrysche Formen und 22 Kombinationsfälle (mit bulbären, zerebralen, meningitischen und neuritischen Symptomen). Im akuten Stadium überwiegen der Lähmungen an beiden Beinen, im definitiven Stadium verhältnismäßig hohe Zahl einseitiger Beinlähmungen; in über einem Drittel der Fälle war die Rumpfmuskulatur betroffen. Beteiligung von seiten der Gehirnnerven: Fazialis 8mal, Oculomotorius 2mal, motorischer Trigeminus, Abduzens, Hypoglossus je 1mal, Schlingstörungen 3mal; in zwei Kinderfällen blieb nach Abheilung der schlaffen Extremitäten-Rumpflähmung eine Taubheit beziehungsweise Taubstummheit zurück.

Blasenstörungen wurden 19mal beobachtet, und zwar stets bei Lähmung der unteren Gliedmaßen. Pyramidenbahnläsion 4mal, Sensibilitätsstörung 3mal. Bei den Landryschen Formen überwog weitaus der aufsteigende Typus. Als zerebrale Form kamen nur eine pontine Lähmung und eine Polioencephalitis acuta vor. Von den 10 meningitischen Fällen verliefen 9 letal.

Die Anzahl der abortiven Formen dürfte in Wirklichkeit eine viel höhere sein.

Rücksichtlich nur der Lähmungsfälle war Heilung mit 24%, Mortalität mit 15%, Defektheilung mit 61% (hiervon 35 Fälle mit leichten, 58 mit schweren Rückständen) zu bemessen.

Auffallend hoch ist die Mortalität der Fälle im schulpflichtigen Alter (22·9%). Von den 23 tödlich endenden akuten Fällen gehören 14 der Landryschen Lähmung, 9 der meningitischen Form an.

Die stärkste Häufung der Fälle war in den Jahren 1909 (98 Fälle) und 1912 (51 Fälle), und zwar jedesmal im Herbst (September). Bezüglich der örtlichen Ausbreitung war neben gleichzeitigem Auftreten sporadischer und gehäufter Fälle in verschiedenen Teilen des Kronlandes auch radiäres Fortschreiten zu beobachten und bestand sichtlich

die Neigung zur Bildung kleinerer und größerer Herde. In einer nicht geringen Anzahl der Fälle konnte eine Verschleppung von Ortschaften bei Übertragung sowohl durch gesunde Viruszwischenträger (entschieden die häufigere) als auch durch direkten Kontakt von Kranken mit Gesunden nachgewiesen werden. In 2 Fällen Wahrscheinlichkeit der Übertragung durch leblose Gegenstände. 18 familiale Erkrankungen mit 47 Fällen (ein Viertel der Gesamtfälle), hiervon 4mal Ergriffensein auch der Eltern und 1mal Erkrankung eines Ehepaares.

Zum Schlusse führt Vortragender mehrere Beispiele von epidemiologischem Interesse an.

(Ausführliche Veröffentlichung erfolgt später in den Jahrbüchern für Psychiatrie und Neurologie.)

In der Abteilung Chirurgie sprach:

Guido Engelmann (Wien): *„Über Rachitis der Wirbelsäule"*.

Vortragender berichtet über seine Befunde, die er an rachitischen kindlichen Wirbelsäulen erhoben hat, die Leichen von Neugeborenen bis zum 11. Lebensjahr entstammten.

Die in ventrodorsaler Richtung aufgenommenen Röntgenbilder zeigen in fast allen Fällen eine nach links gerichtete Skoliose, meistens links-total-Skoliose.

Engelmann hat sich für das so häufige Auftreten der seitlichen Wirbelsäulenverkrümmungen nach der linken Seite folgende Erklärung zurechtgelegt.

Die Kinder werden im ersten Lebensjahre, also zur Zeit des stärksten Wachstums der Wirbelsäule, fast ausnahmslos auf dem linken Arm getragen. Der Kopf des Kindes ruht dabei in der Ellenbogenbeuge der Trägerin, während Becken und Beine mit beiden Händen an den Körper der Pflegeperson gedrückt werden, wobei die kindliche Wirbelsäule nach der linken Seite ausgebogen wird.

An den in Seitenlage aufgenommenen Röntgenaufnahmen konnte Vortragender das Auftreten eines „kyphotischen Knicks" an der dorsolumbalen Grenze der Wirbelsäule demonstrieren.

Die oberhalb dieses Knicks liegenden Partien der Brustwirbelsäule erscheinen in reklinierter Position.

Engelmann bezeichnet diese Anomalie als „dorsale Kompensationslordose", mit welchem Ausdruck er das pathologische Bild am besten charakterisiert zu haben glaubt.

Der kyphotische Knick verdankt seine Entstehung der eigentümlichen Sitzstellung der kleinen Rachitiker, bei der es zu großbogig kyphotischer Einstellung der ganzen Wirbelsäule kommt.

Diese Stelle behindert vor allem die Atmung der Kinder und es richtet sich sekundär die kranialwärts gelegene Partie der Wirbelsäule zur dorsalen Kompensationslordose auf.

Adolf Kutschera Ritter von Stichbergen über *„Kropf und Kretinismus in Tirol und Vorarlberg"*.

Kutschera hat die Schilddrüsenbehandlung bei kretinischen Kindern in Tirol und Vorarlberg von Staats wegen durchgeführt und bei dieser Gelegenheit Beobachtungen über das Vorkommen von Kropf und Kretinismus im Lande gemacht.

Beide Störungen treten überall ausgesprochen familiär und in bestimmten Häusern auf; nirgends ließ sich ein Zusammenhang mit der Wasserversorgung nachweisen. Diese Beobachtung, auf welche Kutschera als der erste auf der Naturforscherversammlung in Salzburg im Jahre 1909 aufmerksam gemacht hatte, wurde seither durch seine weiteren Untersuchungen und durch die Beobachtungen von Taussig in Bosnien und durch Arbeiten von Dieterle, Hirschfeld und Klinger in Zürich bestätigt.

Kutschera hat in mehreren Ortschaften die Verbreitung dieser Gebrechen von Haus zu Haus bei sämtlichen Bewohnern festgestellt, in einer Gemeinde wurden diese Feststellungen auf Grund hundertjähriger Familienchroniken ergänzt. Daraus hat sich ergeben, daß Kropf und Kretinismus besonders in gewissen Familien verbreitet sind, in welchen sich diese Gebrechen regelmäßig auf die Nachkommen vererben. Das erste Auftreten der Gebrechen in bis dahin freien Familien erfolgt durch Übersiedlung in eine Kropfgegend oder durch Heiraten kropfiger Mädchen. Die Kropf- und Kretinenhäuser liegen in der Regel nahe beisammen.

Die Behandlung mit Schilddrüsentabletten hat überall günstige Erfolge ergeben, es wurde bei einer großen Zahl der Kretinen die Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert, bei einzelnen sogar vollkommen wiederhergestellt.

In der Abteilung Hals- und Nasenheilkunde sprach

Wiebe (Dresden) zur *„Behandlung der Intubationsstenosen"*.

Redner berichtet über 15 Fälle von Intubationsstenose, von denen 5 vor Beendigung der Behandlung auf Wunsch der Eltern nach Hause entlassen werden mußten. Von den übrigen 10 steht eins noch in Behandlung, 8 wurden geheilt entlassen und ein Kind wurde zeitweise mit einer Bolzenkanüle nach Hause entlassen, um später nochmals aufgenommen zu werden. Zu Hause wurde das Kind verwahrlost und als einmal das die Kanüle haltende Band zerriß, nahm es sich die Kanüle heraus und erstickte. Die Häufigkeit der Intubationsstenose ist zu einem großen Teile vom Assistentenmateriale abhängig. Redner wünscht an allen Universitäten Intubationskurse. Die Intubationsstenosen sind zu einem großen Teil Folgen von Intubationstraumen. Bei der Auswahl der Tuben empfiehlt er, sich von der Länge des Kindes leiten zu lassen.

Die Dauer der Behandlung der geheilten Stenosenfälle betrug im Durchschnitt 228 Tage. Bei der Untersuchung wird Narkose und Kokain möglichst gemieden. Aber mit Spiegel und direkter Laryngoskopie ist der Befund meist gut zu erheben. Der häufigste Sitz der Stenose ist die Ringknorpelgegend. Dabei wird gleichzeitig durch die subglottische Schwellung oft Medianstellung der Stimmbänder veranlaßt. Redner bespricht dann multipel vorkommende Schwellungen und die durch Tracheotomie hinzukommenden Atmungshindernisse.

Bei der Behandlung wurde früher fortgesetzte Intubation geübt, in den letzten Jahren Bolzenbehandlung, anfangs mit Schrötterschen Bolzen, dann mit Thostschen Bolzen, die bei Anwendung von Gersunyschen Kanülen gute Resultate geben, aber bei kleinen Kindern, bei denen Gersunysche Kanülen zu viel Platz erfordern, große Mängel durch Granulationsbildung haben. Der Vortragende demonstriert dann seine für solche Fälle konstruierte Schienenkanüle mit auf unterer Fläche gekrümmtem Bolzen, bei welcher der Bolzen seitlich durch zwei Schienen umfaßt wird, die jeden toten Raum ausschließen. Seit Anwendung dieser Kanüle mit Bolzen hat er Granulationsbildung zwischen Kanüle und Bolzen nie beobachtet. Die Heilung der Knickung der Luftröhre nach Tracheotomie erreichte er durch etwas spitzwinklige Stellung des Bolzens zum Griff. Die inneren Dilatationsmethoden geben zufriedenstellende Resultate, vorausgesetzt, daß die Fälle in unmittelbarem Anschluß an die Abheilung der Diphtherie in dauernde Behandlung genommen werden und daß Arzt und Eltern des Kindes große Geduld haben.

Redner weist zum Schluß auf die Wichtigkeit der Anstellung von Laryngologen an allen Kinderkrankenhäusern hin.

In der Abteilung: Innere Medizin, Balneologie und Hydrotherapie sprach

Pässler (Dresden) über das Thema: *„Sind die sogenannten Diathesen Konstitutionsanomalien?"*

Die Ausführungen Pässlers beziehen sich auf die Zustände, welche in Frankreich unter der Bezeichnung Arthritismus, in Deutschland als exsudative Diathese, Lymphatismus, Neuroarthritismus bezeichnet werden. Bereits in früheren Veröffentlichungen hat Pässler gezeigt, daß eine Reihe von Erscheinungen, welche zu den sogenannten Manifestationen dieser Diathesen zählen, Folgeerscheinungen einer chronischen Infektion vom Typ der chronischen Tonsillitis sind. Die häufigsten chronischen Infektionen dieses Types außer der chronischen Tonsillitis selbst sind chronische Eiterinfektionen der Nasennebenhöhlen, die Caries dentium und die alveoläre Pyorrhoe. Der Beweis für den kausalen Zusammenhang stützt sich auf die klinische Beobachtung, daß durch die Beseitigung der Infektionsquelle die Folgeerscheinungen sich gleichfalls beseitigen lassen. Weitere Beobachtungen führten zu der Erkenntnis von den Beziehungen der erwähnten chronischen Infektionen zu den sogenannten Diathesen. Mit Ausnahme der Gruppe Gicht und Diabetes, die irrtümlich, jedenfalls infolge von differentialdiagnostischen Schwierigkeiten zwischen entzündlichen und uratischen Arthritiden, vielfach zu den Diathesenerscheinungen gezählt wurden, lassen sich fast sämtliche allgemein hierher gerechnete sogenannte Manifestationen als Folge des chronischen Infekts nachweisen. Sie lassen sich in eine Reihe von Gruppen zusammenfassen:

1. Offenbare Infektionen (rezidivierende Angina, Pharyngitiden, Bronchitiden usw.).

2. Allgemeinwirkungen der Infektion, wie Temperatursteigerungen, Neigung zu Frieren und Schwitzen, Kopfschmerzen, Ermüdbarkeit.

3. Die entzündlichen Hyperplasien des lymphatischen Apparates, namentlich des lymphatischen Schlundringes und der nachgeordneten Lymphdrüsen.

4. Fernwirkungen auf die verschiedensten Organe und Systeme:

a) Sämtliche sogenannte rheumatische Erscheinungen.

b) Zahlreiche Erscheinungen am Zirkulationsapparat, von denen jedoch ein Teil möglicherweise auf dem Umwege einer Beeinflussung der Organe mit innerer Sekretion durch die Infektionszustände kommt.

c) Erscheinungen von seiten des Nervensystems: teils Unruhegefühle, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit, teils die pseudochoreatischen Erscheinungen Pfaundlers beziehungsweise echte Chorea.

d) Erscheinungen von seiten des Verdauungsapparates, bestehend in allerlei labilen Sekretions-, Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen.

e) Von seiten des uropoetischen Apparates Dysurie und echte Nephritiden.

f) Hauterscheinungen, von denen urtikarielle Symptome und Herpes als unmittelbare Infektionserscheinungen, die Ekzeme als Folge einer durch die Infektion erzeugten Allergie betrachtet werden.

g) Anomalien des Stoffbestandes. Die enorme Magerkeit, wo sie nicht Folge ungenügender Nahrungsaufnahme ist, kann auf Störungen des Resorptions- und des Stoffverbrauches unter dem Einfluß der Infektion beruhen. Das abnorm hohe Körpergewicht scheint teils auf Wasserretention zu beruhen, teils besteht wirkliche Adipositas infolge ungenügender Körperbewegung, die häufig aus Bewegungsunlust resultiert.

Die übliche Annahme einer hereditären Entstehung der Diathesen wird durch das familiäre Auftreten der Infektion vorgetäuscht.

Die Konstitution spielt nur die gleiche Rolle wie bei anderen chronischen Infektionskrankheiten, z. B. Tuberkulose, Lues, wo auch die Differenzen des Verlaufes durch die individuelle Reaktionsfähigkeit des Organismus bestimmt werden.

Besprechungen.

Le Damany. *La luxation congénitale de la hanche.* (Avec 486 Fig.) (Alkan, Paris, 1912.)

Die vorliegende eingehende Monographie des Professors Le Damany von der École de médecine in Rennes behandelt in ausführlicher, nach mancher Seite hin erschöpfender Weise die Lehre von der Luxatio coxae congenita. Der Verf. hat schon früher in einer Reihe von Publikationen wichtige Beiträge zu dieser immer noch im Vordergrund des orthopädischen Interesses stehenden Krankheit gebracht, neue Gesichtspunkte entwickelt und eine neue Theorie der Pathogenese aufgestellt, die in ihrem Kern von genialer Einfachheit und außerordentlich bestrickend ist. Dem Ausbau dieser seiner in Deutschland noch relativ wenig bekannten Theorie ist die vorliegende Monographie gewidmet.

Das Werk gliedert sich in 3 Teile; der 1. Teil entwickelt die Resultate eingehender vergleichend anatomischer und entwicklungsgeschichtlicher Studien über die Torsion der Extremitätenknochen, die Bildung des Hüftgelenkes, die Größe des Angulus sacropelvinus (i. e. der Winkel zwischen Conjugata vera und einer den oberen Rand des 1. Sakralwirbels und den Vereinigungspunkt der beiden ersten Sakralwirbel tangierenden Linie), die Anpassung des Menschen an den aufrechten Gang, Geschlechtsunterschiede am Becken und Femur usw.

Der 2. Teil des Werkes ist der Pathogenese der Luxatio coxae congenita gewidmet.

Le Damany unterscheidet 2 Hauptformen dieser Affektion:

1. Die teratologischen Luxationen,

2. die anthropologischen Luxationen.

Die teratologischen Luxationen bestehen schon bei der Geburt, sind also intrauterin entstanden, finden sich nur bei nicht lebensfähigen Früchten und sind stets vergesellschaftet mit so schweren Mißbildungen des Gelenkes, Lähmungen der periartikulären Muskeln, des knöchernen Beckens oder anderer Körperpartien, daß sie in das Gebiet der Teratologie gehören. Anders die anthropologischen Luxationen. Für diese, die Luxatio cong. im gewöhnlichen Sinne, die beim Neugeborenen noch nicht existiert, sondern die erst entdeckt wird, wenn das Kind gehen lernt, gibt es nur eine einzige anthropologische Ursache, nämlich das mangelhafte Vermögen des Menschen,

sein Hüftgelenk, Pfanne und oberes Femurende, dem aufrechten Gange anzupassen. Jedes menschliche Hüftgelenk besitzt im Vergleich zu dem der Vierfüßler einen konstanten Fehler, der darin besteht, daß die Pfanne zu weit nach vorn verlagert ist, und das Caput et collum femoris durch die Torsion des Femur zu stark antevertiert ist. Die Verlagerung der Pfanne unterliegt nur geringen Schwankungen, dagegen ist die Drehung des Femurs nach vorn noch nicht beim Embryo vorhanden. Sie beginnt erst im 5. Fötalmonat, vergrößert sich bis zur Geburt und wird danach allmählich wieder kleiner. Der Torsionswinkel beträgt beim Neugeborenen bis zu 40°, beim Erwachsenen bis etwa 12°. Will nun das menschliche Kind mit diesem unvollkommenen Hüftgelenk aufrecht gehen, so muß es die Tibiaachse in die Verlängerung des Femur einstellen, die Beckenachse heben. Das reicht aber beides für den aufrechten Gang nicht aus, sondern es muß noch die Lordose der Lendenwirbelsäule dazukommen, um die aufrechte Stellung zu ermöglichen. Sind die Vorwärtsverlagerung der Pfanne und die Anteversion des oberen Femurendes in erhöhtem Maße vorhanden, so muß es bei der Aufrechtstellung zur Hüftgelenksluxation kommen. Vielfache Messungen haben Le Damany gezeigt, daß, wenn die Summe zweier Winkel, von denen der eine die Anteversion des oberen Femurendes, der andere die Obliquität der Gelenkspfanne in Graden zum Ausdruck bringt, 60° überschreitet, die Luxation eintreten muß. Die größere Breite des weiblichen Beckens bedingt größere Obliquität der Hüftpfanne, und da dies weibliche Charakteristikum schon am fötalen Becken deutlich nachweisbar ist, so erklärt sich zwangslos das erhebliche Überwiegen der Lux. cox. cong. beim weiblichen Geschlechte. Die größere Breite des weiblichen Beckens ist aber eine Anpassungserscheinung an den Geburtsakt und muß daher mit der allgemeinen Entwicklung der Rasse, deren Ausdruck wiederum die Größe des Hirnschädels und Gehirnes ist, wachsen. Wenn also Le Damanys anthropologische Theorie von der Entstehung der Luxatio coxae cong. richtig wäre, so müßte bei der höchststehenden weißen Rasse mit weiterem Becken und größerer Pfannenobliquität die Luxatio coxae cong. viel häufiger sein als bei tieferstehenden Rassen. Auch hierüber hat Le Damany Untersuchungen angestellt und findet die Luxatio coxae cong. bei der weißen Rasse (Bretonen) in der Tat 13 mal häufiger als bei den tiefstehenden Howasnegern.

Der 3. Teil des Werkes ist der Therapie gewidmet, die auf den pathogenetischen Ansichten der Verf. sich aufbaut, und wobei er die großen Gesichtspunkte gebührend hervorhebt, ohne dabei der kleinsten, oft so wichtigen technischen Einzelheiten zu vergessen. Von 416 nach seiner Methode behandelten Fällen berichtet er nach Abzug der ersten 35 aus der „Lernperiode" stammenden und der 81 noch in Behandlung stehenden letzten Fälle über 300 Fälle, von denen 291 also 97% anatomische Heilungen ergaben. 178 davon zeigten auch funktionell vollkommene Heilung, bei den übrigen ist sie noch nicht vollständig. So werden also auch seine Behandlungsresultate umgekehrt zum Prüfstein für die Richtigkeit der pathogenetischen

Theorie Le Damanys. Alles in allem: ein tiefgründiges Werk, eine wirkliche Bereicherung der gewaltigen Literatur der Luxatio coxae congenita, das auch bei uns in Deutschland eingehendes Studium verdient. Schiller (Karlsruhe).

Eugen Meter (Mannheim). *Arzt und Kinderstube.* (Verlag von Otto Gmelin, München, 1913.)

Neters publizistisches Geschick nach der Richtung populärwissenschaftlicher Belehrung hin ist bekannt. Auch das neue „Trostbüchlein für junge Mütter" ist ein Ausfluß der großen Erfahrung des praktischen Kinderarztes und einer hervorragenden Befähigung, Kinder und Eltern zu beobachten. Sachlich ist kaum etwas auszusetzen. Ich wüßte kein größeres Lob für Stil und Inhalt, als wenn ich bekenne, daß ich öfter an Czernys „Arzt als Erzieher des Kindes" erinnert wurde. Klotz.

Jochmann (Berlin). *Spezielle Pathologie und Therapie von Nothnagel; Pocken und Vakzinationslehre.* (Verlag von Alfred Hölder, Wien und Leipzig, 1913; Preis: K 12·—.)

Das Werk ist gut ausgestattet und behandelt das Gebiet der Pocken und der Kuhpockenimpfung erschöpfend. Es eignet sich daher in erster Linie gut zu einem Lehrbuche und wird, wenn auch kein Mangel an einschlägigen Werken besteht, fraglos verdientes Interesse finden. Klotz.

C. Wolff. *Mehr Sonne.* Eine Geschichte vom Schwesternelend. (Verlag von F. Bahn, Schwerin i. M., 1912, 234 S.)

Eine scharfe Beobachtungsgabe ist der Verf. eigen; Kritik ist ihre starke Seite. Manch wahres, sehr ernstes Wort lesen wir über Würde und Wesen des Schwesterberufes, manch flammendes Wort der Anklage über die, welche absichtlich und unabsichtlich Raubbau treiben mit der Arbeitskraft und Arbeitslust, der Hingabe der deutschen Schwester an ihren Beruf. Naturgemäß idealisiert die Verf. die Schwestern einseitig oft recht kräftig, während für die Krankenhausärzte wenig Lob abfällt. Nun, wer Tendenz schreibt, muß stark auftragen. Ganz so lieblos, brutal, wie C. Wolff oft schildert, geht's im Verkehre zwischen Schwester und Krankenhausarzt wohl nicht zu. Es wäre falsch, hier Einzelbeobachtungen zu verallgemeinern. Und schließlich — nicht alle Schwestern tragen einen Heiligenschein! Die unverblümten Schilderungen der Verf. zeigen im Gegenteil vielfach in überraschender Weise, wie böse es innerhalb der Schwesternschaft selbst oft aussieht, wie sehr auch dort Neid, Intrigue, Prüderie, Lieblosigkeit usw. offen und verhüllt an der Tagesordnung sind, wie extrem die Anschauungen der einzelnen Mitglieder über ihren Beruf und über ihre Gemeinschaft differieren, wie sehr es an Korpsgeist mangelt.

Jedenfalls aber muß man der Verf. nachrühmen, daß sie rücksichtslos Schäden aufdeckt und ihre Kritik furchtlos vertritt. Was die Gestaltung der Erzählung anbelangt, so ist dieselbe so simpel und die einzelnen „Helden" so altgewohnte Literaturtypen, daß es sich gar nicht lohnt, näher darauf einzugehen. Kaum gelesen, schon vergessen. Klotz.

Bericht des Kaiserin-Auguste-Victoria-Hauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche vom 1. April 1911 bis 31. März 1912. (Ergänzungsh. d. Zeitschr. f. Säuglingsschutz. I. Jgg., Nr. 1.) (Verlag von G. Stilke, Berlin; Preis: M. 3·—; 73 S.)

Der Bericht ist sehr eingehend gehalten und gibt einen Einblick in den großen vielgestaltigen Betrieb. Es interessiert die Angabe, daß von den auf die Abteilung aufgenommenen Müttern 100% mindestens 6 Wochen fast insgesamt ausreichend gestillt haben. Befremden muß der Satz: „In 7 Fällen mußte auf Grund des bakteriologischen Befundes ein Schnupfen als Diphtherie aufgefaßt werden." Die Klinik steht vor der Bakteriologie stramm!

Klotz.

Toby Cohn. *Die palpablen Gebilde des normalen menschlichen Körpers und deren methodische Palpation.* III. Teil: *Hals und Kopf.* (S. Karger, Berlin, 1911.)

Das Buch bringt Fortsetzung und Schluß der in zwei früheren Heften (obere und untere Extremität) begonnenen Darstellung. Vorwiegend von neurologischen Gesichtspunkten ausgehend, berücksichtigt diese im allgemeinen nur die Verhältnisse der Erwachsenen, doch fehlen gerade in diesem Teile nicht Exkurse auf etwaige Besonderheiten beim Kinde, ja sogar beim Säugling. Die Lektüre regt den Gedanken an, ob nicht eine analoge, den Körper des Säuglings als Selbstzweck behandelnde Darstellung einem klinischen Bedürfnis entspräche. W. Freund (Breslau).

Hügel (Oldenburg). *Taschenbuch pharmazeutischer Spezialitäten.* (Verlag von C. Kabitzsch, Würzburg, 1913; Preis: M. 2·80.)

Enthält Angaben über alle Erzeugnisse der Pharmazie, ihre Bezugsquellen, Zusammensetzung, Gebrauchsanweisung, Preise usw. soweit sie für den praktischen Arzt von Nutzen sind. Der Wert eines solchen zuverlässigen, übersichtlich angeordneten Taschenbuches für den Praktiker liegt auf der Hand. Klotz.

Inhalt.

Physiologie und allgemeine Pathologie. **Matti.** *Thymus 469.* — **Reiss.** *Refraktometrische Blutuntersuchungen 469.* — **Uhlirz.** *Paedatrophie 469.* — **Allgemeine Diagnostik.** **Hecht.** *Herzschall 470.* — **Pharmakologie und Toxikologie.** **Demole.** *Bromtherapie 470.* — **Keuper.** *Melubrin 470.* — **Bakteriologie.** **Schürmann** und **Hajos.** *Diphtherie-Diagnose 471.* — **Serologie und Immunitätslehre.** **Nemmser.** *Anaphylaxie 471.* — **Froesch.** *Komplementbindungsreaktion bei angeborenem Schwachsinn 471.* — **Shibayama.** *Rektale Anwendung von Serum und Toxin 472.* — **Entwicklung und Sprache.** **Fröschels.** *Stummheit 472.* — **Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie.** **Stolte.** *Ausreichende Fettzufuhr 473.* — **Forcart.** *Larosan 473.* — **Beer.** *Stillschwierigkeiten 473.* — **Basch** *473.* — **Frank.** *Milchauslösung 474.* — **Friedemann.** *Frauenmilchsekretion 474.* — **Hutchinson.** *Dyspepsie 474.* — **Luckseh.** *Behlsche Krankheit 474.* — **Knox.** *Einfluß der Hitze 475.* — **Gildemeister** und **Baerthlein.** *Bakteriologie der Darmerkrankungen 475.* — **Steffen.** *Salzarme Kost bei Epilepsie 475.* — **Milchwissenschaft und Molkereipraxis.** **Herrmann** und **Neumann.** *Lipoide 476.* — **Nance.** *Chicagoer Milchvorschrift 476.* — **Neugeborene.** **Vorphal.** *Melaena neonatorum 476.* — **Diathesen.** **Siess** und **Stoerk.** *Lymphatische Konstitution 477.* — **Lederer.** *Spasmophile Diathese 477.* — **Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen.** **Galatti.** *Exantheme 477.* — **Uhlenhuth** und **Mülzer.** *477.* — **Perelmann.** *477.* — **Chambrelent.** *Syphilis 478.* — **Beitzke.** *479.* — **Poduschka. Lawatschek. Sluka** *480.* — **Koch. Mac Neil** *481.* — **Mandelbaum. Nantoux.** *Tuberkulose 482.* — **Dubois** *482.* — **Hirsch.** *Zerebrospinalmeningitis 483.* — **Kling. Trumpp.** *Poliomyelitis 483.* — **Weaver** und **Tunicliff.** *Streptokokkeninfektion 484.* — **Senator.** *Rheumatosen 484.* — **Branson.** *Chorea 484.* — **Mead. Phillips. Schleißner. Bernhard.** *Scharlach 485.* — **v. Behring. Schreiber.** *Diphtherie 486.* — **Alexander.** *Epilepsie 487* — **Schwaer.** *Röteln 487.* — **Singer. Dewar. Fletsher.** *Keuchhusten 487.* — **Respirationsapparat.** **Thomas.** *Empyem 488.* — **Lymphatischer Apparat.** **Brecher.** *Adenoide Vegetationen 488.* — **Innere Sekretion.** **Morso.** *Abnorme Entwicklung 488.* — **Verdauungsapparat.** **Wollin.** *Intussusception 488.* — **Bien.** *Ileus 489.* — **Exchaquet. Steiner.** *Hirschsprungsche Krankheit 489.* — **Urogenitalapparat.** **Anscherlik.** *Hydronephrose 489.* — **Jehle.** *Marschhämoglobinurie 490.* —

Dietl. Jehle. *Lordolische Albuminurie 490.* — **Abels.** *Blasenerkrankungen 490.* — **Bewegungsapparat. Kennedy.** *Epiphysitis 491.* — **Psychologie und Psychopathologie. Hamburger.** *Psychogene Erkrankungen. Psychische Behandlung 491.* — **Neurologie und Psychiatrie. Rosenhaupt.** *Nervöses Erbrechen 492.* — **Danielopolu.** *Meningitis 492.* — **Barkan.** *Tabes 493.* — **Hoff.** *Polyneuritis und Poliomyelitis 493.* — **Biecalcki.** *Spastische Lähmung 493.* — **Wachstumskrankheiten. Meyer.** *Schädelanomalie 494.* — **Haut. v. Szily.** *Immunotherapie der Hautabszesse 494.* — **Bunch.** *Naevus 494.* — **Moro.** *Erythema nodosum 495.* — **Auge. Schweitzer.** *Blennorrhoe 495.* — **Bock.** *Skrophulöse und tuberkulöse Augenerkrankungen 496.* — **v. Szily.** *Luetische Keratitis 496.* — **Chirurgie. Maas.** *Kongen. Vorderarmsynostose 496.* — **Soli.** *Schädelimpressionen 496.* — **Henderson.** *Invagination 496.* — **Nicholls.** *Inguinalhernie 497.* — **Orthopädie. Abbott. Vulpius. Spitzy.** *Skoliose 497.* — **Lorenz.** *Defekt des Radius 498.* — **Kollert.** *Skaphoides Schulterblatt 498.* — **Mißbildungen. Stauffer.** *Kongenitaler Defekt der Wirbelsäule 498.* — **Vakzination. Holodynski.** *Pocken des Sehorganes 499.* — **Hygiene und soziale Medizin. Weiss.** *Säuglingsfürsorge und Kinderspital 499.* — **Homa.** *Erfolge der Seehospize 499.* — **Hanssen.** *Sommersterblichkeit 499.* — **Berichte.** *Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde 500.* — **Besprechungen. Le Damany.** *Luxation congenitale de la hanche 555.* — **Neter.** *Arzt und Kinderstube 557.* — **Jochmann.** *Pocken und Vakzinationslehre 557.* — **Wolff.** *Mehr Sonne 557.* — *Bericht des Kaiserin-A.-V.-Hauses 558.* — **Cohn.** *Die palpablen Gebilde 558.* — **Hügel.** *Taschenbuch 558.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin W. 50., Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny Berlin | Göppert Göttingen | Knöpfelmacher Wien | Moro Heidelberg | Thiemich Leipzig | Tobler Breslau

Berend Budapest | Comba Florenz | Johannessen Kristiania | Koplik New-York | Marfan Paris | Thomson Edinburg | Wieland Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis der Abteilung „Referate" (ca. 50 Bogen) Mk. 24.—.
Preis der Abteilung „Originalien" (ca. 35—40 Bogen) Mk. 20.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XII. **Referate.** Nr. 8.

Physiologie und allgemeine Pathologie.

E. Zeltner. *Die Entwicklung des Thorax von der Geburt bis zur Vollendung des Wachstums und ihre Beziehungen zur Rachitis.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXVIII, Ergänzungsh., S. 150—169.)

Als Maßstab für die Entwicklung des Thorax dienen dem Verf. die Länge des Brustbeines, der Verlauf des Rippenbogens, gemessen an der 9. Rippe vom Sternalansatz bis zur mittleren Axillarlinie, und der obere und untere Brustumfang. Der Brustkorb wächst in der ersten Lebenszeit stark in die Breite und hat am Schluß des ersten Jahres sein größtes Dickenwachstum hinter sich. Im dritten Vierteljahre setzt das Längenwachstum stärker ein und erfolgt lebhaft bis zu $1^1/_2$ Jahren. Spätestens mit 2 Jahren ist die Umbildung des Säuglingsthorax in die spätere Form „im Prinzip" vollendet. Der Brustkorb wächst stetig während der ganzen Kindheit, aber nicht im Verhältnis zur Zunahme der Körpergröße. In den Pubertätsjahren bilden sich starke Knorpelmassen am Rippenbogen, der außerordentlich steil verläuft. Dann setzt gesteigertes Wachstum des Brustbeins ein und schließlich wächst der Brustkorb stark in die Breite. Die Veränderungen der Thoraxform in diesem Lebensabschnitt erfolgen in engem Anschluß an den Eintritt der Pubertät. Rachitis verzögert das Längenwachstum des Brustkorbes. Rachitische Verunstaltungen des Brustkorbes können sich sehr weitgehend wieder ausgleichen. H. Vogt.

Karl Stäubli (Basel). *Über vergleichende Temperaturmessungen und deren klinische Bewertung.* (Münchener med. Wochenschr., 1913. Nr. 19/20.)

Beim Gesunden (Erwachsenen) kann schon nach mäßiger Bewegung die Temperatur im Rektum 38 und mehr erreichen, während sie in der Axilla und im Munde entweder gleichsinnig mit ansteigt oder auf der Norm beharrt, ja sogar sinken kann. Nach 20 bis 30 Minuten ist die rektale Hyperthermie wieder abgeklungen. Es sollen also Rektalmessungen stets nach mindestens $^1/_2$stündiger körperlicher Ruhe vorgenommen werden. Ganz besonders ausgeprägt ist die Labilität der rektalen Temperatur bei inzipienten Tuberkulosen: hier kommen starke Anstiege schon nach geringen Bewegungen so regelmäßig vor, daß man diese Erscheinung als Penzoldsches Phänomen bezeichnet hat. Hierbei ist aber zu berücksichtigen, daß nicht etwa jede derartige Bewegungshyperthermie die Diagnose einer beginnenden Tuberkulose involviert. Rekonvaleszenten, Fettleibige, Chlorotische, Anämische reagieren ganz analog, ebenso Asthmatiker, Neuropathen und — wie Moro berichtet — auch Kinder mit orthotischer Albuminurie. Um ferner rektale Hyperthermien richtig bewerten zu können, müssen vergleichende regionäre Temperaturmessungen vorgenommen werden. Dann erhält man eine präzise Antwort auf die Frage, ob es sich um eine lokale Hyperthermie oder um eine universelle (febrile) Temperatursteigerung handelt.

Die Labilität der Rektaltemperatur bei den oben gekennzeichneten gesunden Individuen erklärt Stäubli durch eine unökonomische Wärmebildung in geschwächten Muskeln. Bei Tuberkulösen kommt hierzu noch die Ausschwemmung toxischer Produkte aus dem Krankheitsherde (oder veränderte Topographie der viszeralen Organe). Noch nicht befriedigend zu erklären ist die folgende Beobachtung. Bei demselben Individuum ist der Unterschied zwischen rektaler und axillarer Temperatur nicht konstant. Es können sich zeitweise die regionären Heterothermien „außerordentlich nähern, ja fast decken".

Die rektale Temperatur ist nach Stäubli der Indikator für die Temperatur der Organe und für die myogene Wärmebildung; die axillare bringt die Wärmeregulation zum Ausdrucke. Die Bestimmung der axillar-rektalen Temperaturdifferenz erlaubt also einen Einblick in die feineren Vorgänge des Wärmehaushaltes. Eine Abnahme der Heterothermie in Krankheitszuständen ist im allgemeinen ein gutes Zeichen. Für den Satz des Verf., daß wir es mit „allgemein erhöhter", oft sicher subfebriler Temperatur zu tun haben, wenn nach einstündigem Gehen die rektale Hyperthermie von einem Ansteigen der Axillartemperatur auf 37^1, 37^2 und mehr begleitet ist und daraus die Folgerung einer versteckten Tuberkulose erlaubt ist — wird wohl noch Beweismaterial zu erbringen sein. Klotz.

Allgemeine Therapie, Pharmakologie und Toxikologie.

Talbot and **Sisson.** *Some factors which influence the excretion of formalin in the urine of children and infants taking hexametlylenamin.* (Momente, welche die Ausscheidung von Formalin nach Einnahme von Hexamethylenamin bei Kindern beeinflussen.) (Boston Med. and Surg. Journ., 3. April 1913.)

Alle Kinder sind imstande, das Formaldehyd abzuspalten, doch in verschiedenem Grade. Bei saurem Urin geschieht die Abspaltung leichter; es ist demnach die Verbindung des Hexamethylenamins mit Alkalien kontraindiziert. Ohne Untersuchung des Urins auf Formaldehyd kann man die Wirkung des Medikamentes kaum richtig schätzen. Wachenheim (New York).

Cramer (Zehlendorf-Berlin). *Eisenjodozithinpräparate in der Kinderpraxis.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 22, S. 1045—1046.)

Eisen-Jodozithin mit und ohne Arsen wird ausnahmslos gern genommen und gut vertragen und wirkt sehr günstig auf Allgemeinbefinden, Appetit und Körpergewicht bei Anämie, Rachitis, Skrofulose und Tuberkulose. Selbst skrofulöse Drüsenschwellungen und Hautausschläge gehen ohne lokale Behandlung mitunter rasch zurück. Nagel-Hoffmann (Berlin).

Th. Hoffa. *Über Pellidol und Azodolen in der Säuglingspraxis.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 25, S. 1209—1210.)

Pellidol und Azodolen (Firma Kalle & Co., Biebrich) wirkten bei vielen Fällen von Säuglingsekzemen sehr günstig, besonders bei Intertrigo und Dermatitis papulo-vesiculosa glutaealis infantum, auch in der Wundbehandlung (schon bei 2%iger Konzentration der Salben). Nagel-Hoffmann (Berlin).

Bakteriologie.

Frank. *Bacillus paratyphosus B. in einem pleuritischen Exsudate.* (Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1913, I, S. 89.)

Ein Kind von 2 Jahren erkrankt akut an Pneumonie mit sekundärer Pleuritis. Im Exsudate fand sich Bac. paratyphosus B. in Reinkultur. Das Blut des Patienten agglutiniert den Bazillus noch bei einer Verdünnung von 1 : 1600. In den Exkreten wurde ebensowenig wie im Blute der Bazillus gefunden.

Frank behauptet, daß in diesem Falle der Bac. paratyphosus B. nicht das primäre Agens für das Exsudat des Lungenprozesses gewesen ist. Er glaubt vielmehr, daß das Kind vorher eine nicht erkannte paratyphöse Infektion durchgemacht hat, welche vielleicht unter dem

Bilde eines leichten Darmkatarrhs verlaufen war. Wahrscheinlich sind dann die nach dieser Infektion im Körper zurückgebliebenen Bakterien, gelegentlich einer neuen Injektion, aus ihren Verstecken getreten und haben sich im Exsudate ausgebreitet.

Graanboom.

Alfred F. Heß. *Eine Methode zur Anlegung von Kulturen aus dem Duodenum des Säuglings.* (Journ. inf. diseas., Bd. XI, S. 71—76.)

Durch kleine Änderungen läßt sich die Heßsche Methode zur Gewinnung von Duodenalinhalt beim Säugling für bakteriologische Zwecke nutzbar machen. Zu dem Zwecke wird die Duodenalsonde sterilisiert und am Ende mit einer Gelatinekapsel versehen, die sich im Mageninhalt nicht löst. Die Kapsel wird zuvor bei 160° C trocken sterilisiert, mit steriler Zange über das vordere Ende der Sonde gestülpt und hier durch leichtes Anfeuchten mit sterilem Wasser angeklebt. Eine geringfügige Verunreinigung durch Bakterien aus der Mundhöhle und aus dem Magen muß in Kauf genommen werden. Bei 4 neugeborenen Kindern, die noch keine Nahrung zu sich genommen hatten, wurden spärliche Staphylokokken, Schimmelpilze und grampositive, selten gramnegative Stäbchen gefunden. Etwa dieselben Befunde wurden bei Säuglingen aus der ersten Lebenswoche erhoben. Nur einmal wurden Kolibazillen angetroffen, niemals sonst waren Gasbildner zugegen. Kolibazillen wurden im Mekonium ebenfalls meist vermißt. Am häufigsten waren Staphylokokken sowohl im Magen wie im Duodenum vertreten. Das Duodenum enthielt stets weniger Bakterien als der Magen. Bei künstlicher Ernährung waren mehr Bakterien zugegen als bei natürlicher. Bei mehrere Wochen alten Säuglingen fanden sich in einer Platinöse Duodenalinhalt 100 bis 200 kultivierbare Mikroorganismen. Bei einem Neugeborenen, das im Alter von 8 Tagen Zeichen von Ernährungsstörung aufwies, enthielt das Duodenum sehr zahlreiche Staphylokokken. Bei einem 22 Monate alten typhuskranken Kinde ließen sich Typhusbazillen aus dem Duodenalinhalt züchten.

H. Vogt.

Mary Elizabeth Morse. *Die Anwendung der Komplementfixationsreaktion auf die Gruppe der Diphtheriebazillen.* (Journ. inf. diseas., Bd. XI, S. 433—440.)

Der typische Diphtheriebazillus und die 4 Spezies von „Diphtheroiden" geben keine wechselseitige Komplementfixation, wohl aber besteht solche zwischen den verschiedenen „Diphtheroiden". Das gilt auch von dem Bazillus Hoffmann. Es wurde eine Kultur beobachtet, die in morphologischer Hinsicht und in ihrem kulturellen Verhalten dem echten Diphtheriebazillus nahestand und doch mit Diphtheroiden Komplementfixation gab, ein Beweis, daß zwischen diesen verschiedenen Gruppen nähere Beziehungen bestehen.

H. Vogt.

M. E. Morse. *Untersuchung der Diphtheriebazillengruppe nach der biometrischen Methode.* (Journ. inf. diseas., Bd. XI, S. 253—285.)

In umfassenden Untersuchungen, die sich auf charakteristische Eigenschaften, wie die Gestalt, das Vorkommen von Neißerschen Granula, die Säurebildung aus verschiedenen Kohlehydraten, auf Toxinbildung, Virulenz, Farbstoffbildung und Kultivierbarkeit erstreckten und an sehr zahlreichen verschiedenen Stämmen durchgeführt wurden, versuchte die Verf. zu einer brauchbaren Gruppierung der verschiedenen Glieder der Diphtheriebazillengruppe zu gelangen. Dabei kommt sie zu dem Schluß, daß der Diphtheriebazillus, der Hofmannsche Bazillus und die „Diphtheroiden" zu einer Familie gehören. Diese Familie umfaßt 2 Hauptgruppen, die aus dem Diphtheriebazillus und aus den „Diphtheroiden" sowie dem Hofmannschen Bazillus bestehen. Zur ersten Gruppe des Bac. diphtheriae gehören virulente und nichtvirulente Formen. Letztere bilden im allgemeinen mehr Farbstoff, färben sich gleichmäßiger und bilden weniger Säure. Die zweite Hauptgruppe läßt sich in 4 Untergruppen zerlegen, für welche die Bezeichnungen Bac. xerosis, Bac. hofmanni, Bac. hoagi (Hoag) und Bac. flavidus vorgeschlagen werden. Pseudodiphtheriebazillen scheinen bei gynäkologischen Erkrankungen und bei Otitis media eine gewisse Rolle zu spielen. H. Vogt.

John A. Kolmer. *Untersuchungen über Diphtheriebazillen mit besonderer Berücksichtigung der Komplementbindungsreaktion.* (Journ. inf. diseas., Bd. XI, S. 44—55.)

Nach dem Ausfall der Komplementbindungsreaktion ist auf eine enge Beziehung zwischen Diphtheriebazillenstämmen verschiedener Herkunft zu schließen. Unter den geprüften Stämmen befand sich auch einer, der sich vollkommen wie der Hofmannsche „Pseudo"diphtheriebazillus verhielt. Dieser ist wahrscheinlich durch Mutation aus Diphtheriebazillen hervorgegangen. Zwischen dem Vorkommen und dem Grade der Komplementbindung und dem Antitoxingehalt von Diphtherieimmunsera bestehen keine direkten Beziehungen. H. Vogt.

John A. Kolmer. *Beitrag zur Bakteriologie der Diphtherie.* (Journ. inf. diseas., Bd. XI, S. 56—70.)

Die bakteriologische Kontrolle hat bisher nicht zu einer Abnahme der Häufigkeit der Erkrankungen an Diphtherie geführt und erscheint daher dem Verf. verbesserungsbedürftig. Er verlangt 3maligen negativen Ausfall des Kulturversuches, bevor ein Kranker aus der Überwachung und Isolierung freigegeben werden darf. Zur Unterscheidung zwischen harmlosen und gefährlichen Stämmen von Diphtheriebazillen können die morphologischen Eigenschaften herangezogen werden. Die granulierten Stäbchen sind meist virulent. Gestreifte Stäbchen sind als zweifelhaft anzusehen und sollen zu wiederholter Untersuchung veranlassen. Sind dauernd nur gleichmäßig gefärbte Stäbchen vorhanden, so handelt es sich meist um harmlose Formen,

die sich im Tierversuch als nicht virulent erweisen. Bei Mittelohrentzündung enthält der Eiter oft lange sich gleichmäßig färbende Diphtheriebazillen, die nicht virulent sind. H. Vogt.

v. Drigalski und **Bierast.** *Ein Verfahren zum Nachweis der Diphtheriebazillen und seine praktische Bedeutung.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 26, S. 1237—1239.)

Durch Zusatz von 3·25% sterilisierter Rindergalle zum Löfflerserum wurden die positiven Resultate beim Diphtherienachweis bedeutend erhöht. Nagel-Hoffmann (Berlin).

Serologie und Immunitätslehre.

R. Kraus und **St. Baecher.** *Über Beziehungen des Antitoxingehaltes des Diphtherieserums zu dessen Heilwert.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 23, S. 1081—1083.)

Der Heilwert eines Serums muß nicht proportional dem in vitro gefundenen Antitoxingehalt sein, auch nicht bei intrakardialer Anwendung. Man muß bei den Versuchstieren auch die Spättodesfälle an Paralyse berücksichtigen, um ein Bild von der individuellen Verschiedenheit der Organismen hinsichtlich der Giftbindung zu bekommen. Nagel-Hoffmann (Berlin).

Ruth Tunnicliff. *Der Antikörpergehalt des normalen Kolostrums und der Milch des Menschen.* (Journ. inf. diseas., Bd. XI, S. 347—348.)

Für Streptokokken, Staphylokokken und Tuberkelbazillen enthält normales menschliches Kolostrum mehr Opsonine als die Milch, aber weniger als das Blutserum. Ob man daraus schon mit der Verf. den Schluß ziehen darf, daß es für das neugeborene Kind sehr wichtig ist, Kolostrum zu bekommen? Die klinische Beobachtung scheint nicht dafür zu sprechen. H. Vogt.

Entwicklung und Sprache.

de Wilde. *Untersuchungen nach Heredität und Blutsverwandtschaft bei den Taubstummen in den Niederlanden.* (Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1913, I, S. 1287.)

Bei der Volkszählung am 31. Dezember 1909 war in den betreffenden Fragebogen auch eine Frage eingeführt nach dem Vorkommen von Taubstummheit. Dabei hat sich ergeben, daß im ge-

nannten Zeitpunkt in den Niederlanden sich 2305 Taubstumme fanden (1228 Männer, 1077 Frauen). Von Wilde wurde bei diesen nun studiert die Bedeutung der Erblichkeit und Blutsverwandtschaft, als Faktor für die Frequenz des Leidens. Es zeigte sich:

1. Daß die Zahl der Taubstummen in stetigem Abnehmen begriffen ist (39 pro hunderttausend Einwohner, die niedrigste Zahl in allen europäischen Ländern).

2. Daß die Frequenz bei der semitischen Rasse etwa 5mal so groß ist als bei der übrigen Bevölkerung.

3. Daß die Einzelfälle öfter vorkommen in großen Familien (im Durchschnitt 6·4 Kind pro Familie), während mehrere Fälle in derselben Familie am meisten sich finden bei den sehr großen Familien (im Durchschnitt 8 Kinder pro Familie).

4. Daß die Einzelfälle (das heißt 1 Fall pro Familie) überwiegen (83·7% der Fälle). Die mehrfache (mehrere Fälle in derselben Familie) Taubstummheit kommt mehr bei Juden vor (23%) als bei Christen (16%).

5. Daß die Zahl der Kinder, geboren von taubstummen Eltern, geringer ist als die Kinderzahl gesunder Familien.

6. Daß in den Familien, wo beide Eltern taubstumm sind, die Kinderzahl kleiner ist als die, wo nur eins der Eltern taubstumm ist.

7. Daß die Erblichkeit von den Eltern auf Kinder sicher festgestellt ist, am meisten da, wo die beiden Eltern taubstumm sind. Bei den Juden ist die Erblichkeit etwa 3mal so groß als bei den Protestanten; sie fehlt bei den Katholiken.

8. Daß die große Zahl kinderloser Ehen der Taubstummen auffallend ist, am meisten da, wo beide Eltern taubstumm sind. (Bei den Juden war die Zahl beider Gruppen dieselbe.)

9. Daß taubstumme Katholiken wenig heiraten; die Protestanten 2mal und die Juden 4mal so viel.

10. Daß in den Ehen, wo die Eltern blutsverwandt sind, die Zahl der taubstummen Kinder 2mal so groß ist als in den anderen Familien.

11. Daß, während bei den Juden und den Protestanten die Kinderzahl pro Familie in den verwandten Ehen kleiner ist als in den nichtverwandten, die Zahl der Taubstummgeborenen in den verwandten Ehen größer als in den nichtverwandten ist. Bei den Katholiken wurden im Gegenteil in den verwandten Familien mehr Kinder geboren mit weniger Taubstummen.

12. Mehrfache Taubstummheit kommt in den verwandten Familien öfter vor als in den nichtverwandten. Graanboom.

Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.

Etienne. *Le sevrage.* (Abstillen.) (Scalpel, 10. November 1912.)

Verf. schreibt Feret das Verdienst zu, erkannt zu haben, daß die Eisendepots des Säuglingsorganismus bei Milchernährung

erschöpft werden und daß in diesem Falle das Abstillen geboten ist. Abgestillt muß je nach dem Allgemeinzustand des Kindes und nach seinen Eisenreserven mit 9·8 oder sogar schon mit 5 Monaten werden. Man soll wenig Fleisch, Eigelb und Mehle geben, aber keinen Spinat, da dieser nicht vertragen wird. Referent fühlt sich verpflichtet, den Autor darauf aufmerksam zu machen, daß das Verdienst Ferets nur darin besteht, diese Ernährungstherapie, welche den deutschen Pädiatern bereits seit mehr als 10 Jahren bekannt ist, in die französische Literatur eingeführt zu haben und daß die deutschen Pädiater durchaus nicht für Eigelb sind, sondern im Gegenteil für Gemüse und für andere Nahrungsmittel, und zwar aus verschiedenen Gründen, über welche er sich in der deutschen Literatur orientieren kann.

Philips (Antwerpen).

C. de Lange. *Indikation der Ernährung mit Buttermilch bei Säuglingen.* (Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1913, I, S. 1518.)

In der Gesellschaft der Naturforscher und Ärzte berichtete de Lange, daß die Buttermilchernährung indiziert sei bei: Bilanzstörung, Dyspepsie, 1. Grad von Dekomposition, exsudativer Diathese, Pyloraspasmus, Darmkatarrh der älteren Säuglinge und Frühgeburt.

In erster Linie soll der 1. Grad von Dekomposition stehen, weil gerade hier die Buttermilch wunderbare Erfolge ergibt.

Die Kontraindikation ist absolut oder relativ. Absolut sind der 2. und 3. Grad von Dekomposition, wo nur die Frauenmilch Rettung bietet. Relative Kontraindikationen sind Intoxikation, Spasmophilie und ein Alter jenseits des 6. Monates.

Da, wo die Buttermilch indiziert ist, kann man den Gebrauch Monate hindurch fortsetzen, aber niemals nach dem 6. Monate, wegen der Gefahr von Rachitis und Barlow. Bei den älteren Säuglingen ist die Buttermilch mehr als therapeutisch-diätetisches Mittel am Platze, um, sobald die Darmerscheinungen vorüber sind, durch andere ersetzt zu werden. Bei Intoxikation, wo es öfter gelingt, durch eine Aufschwemmung von undextrinisiertem Mehle in mit Saccharin gesüßter Buttermilch Erfolg zu erlangen, ist aber im allgemeinen die Eiweißmilch zu bevorzugen. Bei der Spasmophilie sah de Lange niemals Erfolg von Buttermilch.

Es ist bis jetzt noch nicht aufgeklärt, welchem Faktor die günstige Wirkung der Buttermilch zugeschrieben werden soll. De Lange teilt nicht die Meinung Tadas, der diese auf Rechnung ihres großen Gehaltes an Kohlenhydrat und der Armut an Fett stellt, und sie der mit genügend Kohlenhydrat versetzten Magermilch gleichwertig hinstellt.

Wenn nach Verwendung der Buttermilch schon von Anfang an eine bedeutende Körpergewichtssteigerung (durch Hydratierung der Gewebe) eintritt, so kann ein weiterer günstiger Erfolg erwartet werden. Wenn im Gegenteil diese ausbleibt, dann tritt gewöhnlich auch im weiteren Verlauf durch die Buttermilch keine Besserung auf.

De Lange ist also nicht der Ansicht Schloß', der die genannte schnelle Gewichtssteigerung als von ungünstiger prognostischer Bedeutung erachtet.

Zum Schlusse warnt de Lange vor den großen Zuckermengen (u. a. gibt Salge 60 g Zucker pro Liter). De Lange selbst läßt als Maximum nur 30 g pro Liter zufügen. Graanboom.

Fritz Näf (Zürich). *Beobachtungen über Eiweißmilch.* (Inaug.-Dissert., Zürich, 1913.)

Die einzelnen Beobachtungen enthalten nichts Neues. „Bei alimentärer Intoxikation ist die Eiweißmilch oft selbst der Frauenmilch überlegen." Die Abhandlung ist ein neuer Beweis für das große Interesse, welches Feer von Anfang an der Eiweißmilch entgegengebracht hat. Ich erinnere mich noch an unsere fast ausnahmslosen Mißerfolge mit der neuen Eiweißmilchtherapie in Straßburg und wie Feers bestimmtes Eintreten für die neue Heilnahrung bei einem Besuche unserer Klinik Veranlassung wurde, die Versuche erneut und mit besserem Erfolge aufzunehmen.

Klotz (Schwerin).

Engel (Düsseldorf). *Zur Technik der Ernährung und Ernährungstherapie im Säuglingsalter.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 26, S. 1251—1252.)

Durch ein relativ einfaches und billiges Verfahren mit dosierten Labtabletten stellt Engel ein der Eiweißmilch fast völlig gleichendes Präparat her, das auch im Privathaushalte bereitet werden kann.

Nagel-Hoffmann (Berlin).

Raoul J. Carneiro. *Beitrag zur Kenntnis der Gewichtsschwankungen bei Kohlehydratentziehung.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XII, 1913, S. 333.)

Nach Entziehung großer Mengen Kohlehydrat bei sonst unveränderter Nahrung gibt der Säugling erhebliche Mengen Stickstoff, Gesamtasche und insbesondere Chloride ab. Stolte.

Aschenheim. *Die Anwendung von Calcium lacticum bei Ernährungsstörungen von Säuglingen.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., Orig., Bd. XII, 1913, S. 229.)

Bericht über die Erfahrungen mit der Anwendung großer Gaben von Calcium lacticum (7 bis 10 g in 10% Lösung). Calcium lacticum ist ein gutes Hilfsmittel bei der Behandlung leichter alimentär bedingter Dyspepsien. Hier ermöglicht es, den Teetag wegfallen zu lassen und sofort mit einer zuckerfreien oder leicht gezuckerten Halbmilch zu beginnen. Einige Male wurde sofort Rahm hinzugefügt.

Günstige Erfolge wurden ferner bei Dyspepsien der Rachitischen beobachtet. Bei diesen wird durch das Hinzufügen von Calcium lacticum öfter erst eine regelmäßige Phosphorlebertranbehandlung ermöglicht. Auch bei Dyspepsien chronisch ernährungsgestörter

Kinder und bei parenteral bedingten Durchfällen hat sich Calcium lacticum, öfter in Verbindung mit Eiweißmilch, bewährt.

Autoreferat.

W. Birk (Kiel). *Der Gebrauch von Abführmitteln und Stopfmitteln im Kindesalter.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 27. S. 1289—1293.)

Die meisten Fälle, bei denen früher Abführ- respektive Stopfmittel gegeben wurden, regelt man heute allein durch Ernährung. Nur bei obstipierten jungen Brustkindern kann ein mildes Laxans in Frage kommen sowie manchmal bei Dyspepsien (Überfütterung) an der Brust Rizinusöl zur Einleitung der Hungerdiät.

Nagel-Hoffmann (Berlin).

Hanna Hirschfeld. *Untersuchungen über alimentäre Intoxikation in ihren Beziehungen zum sympathischen Nervensystem.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXVIII, Ergänzungsheft, S. 197—213.)

Verf. bestätigt auf Grund eigener Versuche die Angaben von Boschan, wonach bei toxischen Ernährungsstörungen der Säuglinge beim Einträufeln einer Adrenalinlösung ins Auge eine deutliche Mydriasis eintritt, sowie den Befund von Lust, der unter denselben Umständen einen vermehrten Antitrypsingehalt des Serums feststellte. Glykosurie bei alimentärer Intoxikation könnte auch durch Sympathikusreizung herbeigeführt sein, wie die nach Adrenalininjektionen auftretende Glykosurie. H. Vogt.

Milchwissenschaft und Molkereipraxis.

Backhaus (Berlin). *20 Jahre Erfahrung in der Kindermilchbereitung.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, L, S. 1354.)

Verf. sucht die theoretische Begründung der Backhausmilch, die fabrikmäßige Herstellung derselben und die zu ihrer Einführung und Verbreitung angewandte Geschäftspraxis gegen die namentlich von pädiatrischer Seite erhobenen Einwände zu verteidigen.

Keller (Berlin).

E. C. Rosenow. *Eine Untersuchung der Streptokokken aus Milch und der Streptokokken bei Fällen von epidemischer Halsentzündung sowie über die Einwirkung der Milch auf Streptokokken.* (Journ. inf. diseas., Bd. XI, S. 338—346.)

Bei epidemischer Halsentzündung, die durch Milchinfektion entstanden ist, finden sich Streptokokken, die sich im Tierversuch als virulent erweisen, sich aber durch gewisse Eigentümlichkeiten vom

typischen Streptoc. pyogenes unterscheiden. Sie zeigen üppigeres Wachstum, sind mit Kapseln versehen und haben nur geringe hämolytische Wirksamkeit. Bei Weiterzüchtung auf künstlichen Nährböden nehmen die Kulturen früher oder später die Eigenschaften des gewöhnlichen Streptoc. pyogenes an. Kulturen aus Milch auf Blutagarplatten liefern gewöhnlich nicht hämolytische Streptokokken, während Verimpfung von „Milchschmutz" auf Kaninchen kapseltragende, sonst aber typische Streptokokken liefert. Wenn Streptoc. pyogenes auf rohe Milch überimpft wird, so nimmt er Eigenschaften an, wie die bei epidemischer Halsentzündung beobachteten Streptokokken. Durch Meerschweinchenpassage treten die eigentümlichen Eigenschaften der Streptokokken noch deutlicher hervor und zuweilen erhält man dann Kulturen, die dem Streptoc. mucosus ähneln. Pathogene Streptokokken sowie Pneumokokken kommen in Milch vor, die unter aseptischen Kautelen von normalen Kühen gemolken wird; auch Butter und Rahm können sie enthalten.

H. Vogt.

Stoffwechsel.

Schloßmann (Düsseldorf). *Die Ökonomie im Stoff- und Kraftwechsel des Säuglings.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 6.)

Schloßmann weist in diesen anregenden Ausführungen ebenfalls wie Stolte (Münchener med. Wochenschr., 1912, Nr. 51) auf die Bedeutung des Fettes für den Säugling hin, aber er beschränkt sich nicht auf Rekapitulierung von Dingen, die dem Kinderarzte von heute selbstverständlich erscheinen. Neu ist, was er über die Mästung mit Fett und Kohlehydrat sagt. Er rechnet aus, daß zur Bildung von 100 g Körperfett aus Kohlehydrat 191·3 g Zucker nötig wären oder zur Erzielung von Isodynamie: 191·3 + 35·5 Zucker. „Mast durch Kohlehydrat, um Fett zu erzeugen, ist unökonomisch gegenüber der Mast mit Nahrungsfett." Theoretisch ist dieser Schluß einleuchtend, praktisch dagegen wohl kaum. Schließlich zieht Schloßmann auch nicht in Betracht, daß wir doch mit der Differenz von Reaktionen in zeitlicher Beziehung zu rechnen haben. Die Kohlehydrate werden enteral und intermediär unvergleichlich viel schneller oxydiert als die Fette. Die erheblich größere Reaktionsbereitschaft der Kohlehydrate bedingt, daß im gegebenen Moment mehr Kohlehydrate als Fette umgesetzt werden können. Diese differenten Verhältnisse machen sich z. B. bei der Einsparung von Eiweiß durch Kohlehydrate und Fett ja eindringlich genug bemerkbar.

Die Ausführungen des Autors über Isokerdie übergehe ich, da ich sie beim Leserkreis dieser Monatsschrift als bekannt voraussetze. Auch mit seiner knappen, prägnanten Formulierung „der

natürlich ernährte Säuglinge deckt seinen Stoffwechsel zu gleichen Teilen aus Zucker und Fett, die Eiweißverbrennung tritt ganz in den Hintergrund" wiederholt Schloßmann eine Lehre, die er den Fachkollegen schon vorgetragen hat.

Er weist endlich bezüglich des „Leistungszuschlags" beim gesunden Brustkinde darauf hin, daß selbst bei mäßiger Nahrungszufuhr ein beachtungswerter Prozentsatz an Kraftzufuhr für Bewegung usw. verfügbar bleibt. Hindert man den Säugling an körperlicher Betätigung, vermindert man die Wärmeabgabe durch Wickeln, Stechkissen usw., dann muß bei gleichbleibender Energiezufuhr eine Mästung eintreten. Dies und manches andere wird in pointierter, klarer Schreibweise anregend und fesselnd vorgetragen. Klotz.

Hauch, Lemeland et **Vaudescal.** *Les récents travaux sur la nutrition pendant la gestation. I.*

Hauch. *Les recherches de M. Gammeltoft sur la balance de la nutrition azotée pendant la gestation.* (Arch. mens. d'Obstétr. et de Gyn., 1913, XVIII, p. 294.)

Ausführliches Referat über die Untersuchungen von Gammeltoft (Kopenhagen 1912) über den Stickstoffwechsel während der Schwangerschaft und über Arbeiten von J. R. Murlin betreffend den Gesamtstoffwechsel in dieser Zeit. Keller (Berlin).

Erich Müller und **Ernst Schloß.** *Beiträge zur Kenntnis des Stoffwechsels, besonders der Mineralien im Säuglingsalter.* I. Einleitung. (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXVII, S. 635—639.)

J. Takeno. *II. Die Ausscheidung der wichtigsten organischen und anorganischen Nahrungsbestandteile im Kot unter wechselnden Ernährungsbedingungen.* (Ebenda, S. 640—678.)

In der Einleitung betonen die Verf., daß es unter gewissen Einschränkungen möglich ist, aus vereinfachten Stoffwechseluntersuchungen genügend sichere Schlüsse abzuleiten, wodurch es erreichbar wird, die Zahl der Einzelbeobachtungen zu vergrößern. Die Arbeit von Takeno soll zeigen, daß sich auf diesem Wege eindeutige Resultate gewinnen lassen. Seine Versuche erstrecken sich auf die Zusammensetzung des Kotes unter wechselnden Ernährungsbedingungen, und zwar bei Ernährung mit Frauenmilch, mit molkenadaptierter Milch, derselben mit Zusatz von Milchzucker respektive von Nährzucker und Mehl, ferner bei Milchmehlmischung mit Zusatz von Gemüse, Obst und Brei; schließlich bei Zugabe von Eiweiß (Plasmon) und Fett (Lebertran und Lipanin) zur Nahrung. Durch Lebertran wurde die Stickstoffausscheidung im Kot herabgesetzt, ebenso die Ausscheidung von Kalk und Phosphor, während im Versuch mit Lipanin von einer derartigen Wirkung nichts zu bemerken war. Verf. stellt weitere Mitteilungen in Aussicht, durch welche die bisherigen Resultate gesichert werden sollen.

H. Vogt.

E. Grafe (Heidelberg). *Die Stellung des Eiweißes im Stoffwechsel des fiebernden Menschen und ihre theoretische und praktische Bedeutung.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 11.)

Grafe glaubt aus seinen Respirationsversuchen folgern zu müssen, daß die Beteiligung des Eiweißes beim infektiösen Fieberstoffwechsel die gleiche ist wie bei der fieberlosen Inanition, d. h. es besteht während des Fiebers keine qualitative Änderung des Eiweißstoffwechsels. Dieser folgt vielmehr den gleichen Gesetzen wie unter normalen Verhältnissen. Mit 18 bis 20% beteiligt sich das Eiweiß während des Hungers an der Gesamtkalorienproduktion; während des infektiösen Fiebers beträgt der prozentuale Anteil des Eiweißes an der Gesamtwärmeproduktion durchschnittlich 17·6 bis 18·4%, also im Prinzip das gleiche Verhalten. Einen weiteren Beweis für diese Auffassung sieht Grafe darin, daß es gelingt, auch Hochfiebernde mit einer stickstoffarmen, kohlehydratreichen Nahrung im N-Gleichgewichte zu erhalten. Es bleibt bei reichlicher Überernährung mit Kohlehydrat jeder Gewebszerfall aus. Dies soll durch eine rein flüssige Kost unschwer gelingen. Man hätte demnach keine Berechtigung, von einem toxischen Eiweißzerfalle bei infektiösem Fieber zu sprechen. Einen weiteren Beweis für diese Lehre der Krehlschen Schule (Ablehnung des toxogenen Eiweißzerfalls) sieht Grafe darin, daß beim Tiere, welches durch Überschwemmung mit Kohlehydraten auf ein Eiweißminimum eingestellt ist und nunmehr in fieberhaften Zustand versetzt wird, keine oder nur eine minimale Steigerung des N-Umsatzes eintritt. Klotz.

Oppenheimer (Halle a. S.). *Ein Fall von vermehrter Glykuronsäureausscheidung bei Scharlach.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 28, S. 1357—1358.)

Vermehrung der Glykuronsäure im Harn eines 4jährigen, mit reiner Milchdiät behandelten Scharlachkindes. Verf. warnt davor, reduzierende Körper im Scharlachurin ohne weitere Prüfung als Zucker zu deuten. Nagel-Hoffmann (Berlin).

Neugeborene.

A. Merckens (Köln). *Ein Fall von schwerster Meläna neonatorum geheilt durch Injektion von defibriniertem Menschenblut.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 11.)

Es wurden 12 cm³ intramuskulär injiziert. Darauf unmittelbare Stillung der Blutung. Hämoglobingehalt und -zahl der roten Blutkörperchen nahmen stetig vom Moment der Injektion an zu.

Klotz.

E. Kehrer. *Über Tetanie Neugeborener.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXVII, S. 629—634.)

Die in prägnanter Kürze — Verf. verweist auf eine gleichzeitige ausführlichere Mitteilung im Archiv f. Gynäkologie, Bd. 99 — abgefaßte Arbeit spricht sich mit bemerkenswerter Sicherheit über das doch noch vielumstrittene Gebiet der Tetanie aus. Obwohl alle Pädiater rückhaltlos beistimmen werden, wenn sie lesen: „An der Diagnose Tetanie kann in den vorliegenden 6 Fällen nicht gezweifelt werden, da fast alle typischen Erscheinungen vorhanden waren"? Bei einem Symptomenkomplex, der sich aus Krämpfen klonischer und tonischer Art, aus Somnolenz, Ödemen, Kontrakturen, schwerer Ernährungsstörung, intensivem Ikterus usw. zusammensetzt, scheint Verf. einige für Tetanie sprechende Symptome herauszugreifen und darauf seine Diagnose zu stützen. Auch die auffallend schnelle Heilung nach Verabreichung von Kalk entspricht keineswegs dem, was wir bei Tetanie der Säuglinge zu sehen gewohnt sind. Mit großer Bestimmtheit spricht sich Verf. auch über die Bedeutung der Epithelkörperchen aus, die doch für die Säuglingstetanie bisher rein hypothetisch ist.

H. Vogt.

Diathesen.

Benno Grünfelder. *Bromkalzium in der Behandlung des Laryngospasmus und der Tetanie.* (Therap. Monatshefte, Juni 1913, S. 416.)

Von den Untersuchungsergebnissen ausgehend, daß das Kation Natrium einen erregenden Einfluß auf die Nerven ausübt, das Anion Kalzium dagegen eine hemmende, hat schon L. F. Meyer das Calcium brom. empfohlen. Grünfelders zahlreiche therapeutische Versuche bewiesen die sichere Überlegenheit des Calcium bromatum über die anderen Bromsalze bei Behandlung der verschiedensten Krampfzustände. Die gebräuchliche Dosis betrug 2 g pro die.

Zuppinger (Wien).

F. Lust (Heidelberg). *Die Pathogenese der Tetanie im Kindesalter.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 23, S. 1087—1091.)

Nach einer Übersicht über die verschiedenen Theorien der Tetaniegenese weist Lust auf die Thymus hin, die bei Tetaniekindern häufig abnorm ist und deren experimentelle Entfernung bei Tieren Kalkarmut der Knochen und galvanische Übererregbarkeit hervorruft.

Nagel-Hoffmann (Berlin).

Fritz Zybell. *Die Einwirkung alimentärer und pharmakodynamischer Faktoren auf den Verlauf der Spasmophilie.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXVIII, Ergänzungsheft, S. 29—108.)

Verf. hat die Schwankungen im klinischen Verhalten und der elektrischen Erregbarkeit unter dem Einfluß verschiedener Ernährung

und unter der Einwirkung von Medikamenten an spasmophilen Säuglingen eingehend verfolgt. Unter dem Einfluß der Nahrungsentziehung kommt es zunächst regelmäßig zu einer Steigerung der elektrischen Erregbarkeit, die sich bei längerer Dauer des Hungers meist verliert. Doch hält die dann einsetzende Besserung der nervösen Reizbarkeit nicht stand, wenn die Ernährung wieder aufgenommen wird. Bei regelmäßiger Prüfung der elektrischen Erregbarkeit fiel auf, daß die meisten Kinder (9 von 12) früh erregbarer waren als abends. Dies Verhalten hängt anscheinend mit der nächtlichen Pause in der Nahrungszufuhr zusammen, da es sich durch regelmäßige Fortführung der Ernährung in der Nacht unterdrücken ließ. Die einzelnen Nahrungsbestandteile haben nicht so ausgesprochene Beziehungen zur elektrischen Erregbarkeit, wie meist angenommen wurde. So hat Mehlnahrung nicht immer ein Verschwinden der Übererregbarkeit zur Folge. Für die Art der Ernährung braucht man von der Spasmophilie keine speziellen Indikationen abzuleiten.

Zufuhr von Kalksalzen in Menge von 3 g und mehr hatte in mehr als der Hälfte der Fälle den Erfolg, daß die Erregbarkeit vorübergehend herabgesetzt wurde, während die klinischen Erscheinungen in der Regel unbeeinflußt blieben. Magnesium borocitricum in Gaben von 3 bis 5 g führte auch zu kurzdauernder Besserung der Übererregbarkeit, ohne die sonstigen Krankheitssymptome merklich zu beeinflussen. Natriumsalze zeigten geringe Wirksamkeit, Kaliumverbindungen erwiesen sich als ausgesprochen nachteilig. Die Annahme von einer besonderen Bedeutung des Kalkes für die Entstehung der Tetanie ist weder aus physiologischen Experimenten noch aus klinisch-pathologischen Forschungen bisher sicher zu begründen. Phosphorlebertran wirkt unzweifelhaft günstig bei 2- bis 3wöchentlicher Behandlungsdauer, doch kann es bis zu 6 Tagen dauern, ehe die Wirkung hervortritt. Brom und Chloralhydrat wirken nur symptomatisch. Adrenalin sollte daraufhin geprüft werden, ob es etwa ungünstig einwirkt auf spasmophile Kinder. H. Vogt.

Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen mit Ausnahme von Tuberkulose und Lues.

Cummins. *The leucocytic inclusions of Döhle.* (Die Leukozyteneinschlüsse von Döhle.) (Journ. med. Res., März 1913.)

Verf. untersuchte 121 Fälle der verschiedensten Krankheiten, davon 95 mit Fieber. Die Döhleschen Körper fanden sich bei fast allen derselben, bei mehreren normalen Personen und in der Rekonvaleszenz. Bei Laboratoriumstieren scheinen sie zu fehlen. Ihr Ursprung ist wahrscheinlich nukleär. Irgendwelche Spezifizität für Scharlachfieber ist ihnen bestimmt abzusprechen.

Wachenheim (New York).

Johanna Schwenke (Breslau). *Über die diagnostische Bedeutung der Döhleschen Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 14.)

Bei frischem hochfieberndem Scharlach finden sich die Döhleschen Körperchen konstant, bei leichtem, mäßig febrilem Scharlach weniger oft. Nach dem 7. Krankheitstage überhaupt nur noch vereinzelt. Die Untersuchung auf Döhlesche Körperchen hat also nur in frischen Fällen diagnostische Bedeutung. Leider ist zudem der diagnostische Wert der Döhleschen Körperchen insofern beschränkt, als sie sich auch bei vielen anderen Infektionen finden, so besonders reichlich bei kruppöser Pneumonie; ferner bei Pneumokokkenarthritis und -peritonitis, bei tuberkulösen Drüsenabszessen, Angina. Bedeutungsvoll ist also nur der negative Ausfall, insofern er bei hochfiebernden Kranken gegen die Diagnose Scharlach spricht. Klotz.

Alex. Brinchmann (Christiania). *Die Döhleschen Leukozyteneinschlüsse.* (Beiträge zu ihrer diagnostischen Bedeutung und biologischen Natur.) (Berliner klin. Wochenschr., 1913, L, S. 1248.)

Blutproben von etwa 150 Patienten (hauptsächlich Skarlatina, Masern, Genickstarre, Varizellen und Röteln) und von einigen gesunden Individuen wurden untersucht. Am auffallendsten erscheint dem Verf. die Konstanz der Befunde von Leukozyteneinschlüssen bei allen Scharlachkranken, die in den ersten Tagen der Krankheit zur Untersuchung kamen. Stets war der Befund unzweifelhaft positiv, und zwar nicht nur bei fulminanten oder ausgesprochenen, sondern auch bei atypischen Scharlachfällen. Die Einschlüsse hält Verf. am ehesten für Protoplasmaverdichtungen oder Ausfällungen irgend welcher Art. Keller (Berlin).

D. J. Glomset. *Leukozyteneinschlüsse bei Scharlachfieber.* (Journ. inf. diseas., Bd. XI, S. 468.)

Die Leukozyteneinschlüsse bei Scharlachfieber lassen in der Häufigkeit eine gewisse Regelmäßigkeit erkennen. Am zahlreichsten sind sie gewöhnlich am 5. Krankheitstage, von da ab nimmt ihre Menge ab und gegen den 7. bis 10. Tag verschwinden sie meist. Verf. findet die Einschlüsse auch bei anderen fieberhaften Krankheiten regelmäßig und glaubt deshalb nicht, daß sie mit dem Erreger des Scharlachs etwas zu tun haben. Er hält sie für abgesprengte Kernteile, da ihre Zahl durch Schütteln des Blutes vermehrt wird.

H. Vogt.

Erich Benjamin. *Die Therapie des Scharlachs.* (Therap. Monatshefte, Febr. 1913, S. 97.)

Mitteilung der auf der Münchener Kinderklinik üblichen Scharlachtherapie mit kritischer Besprechung aller neueren diesbezüglichen therapeutischen Bestrebungen. Besondere Berücksichtigung

findet die Serumtherapie, sowohl die therapeutische als prophylaktische, die Immunisierung mit Streptokokkenvakzine nach Gabritschewsky und die diätetische Behandlung des Scharlachs und seiner Nachkrankheiten. Zuppinger (Wien).

Alfred Mathies. *Gibt es für Scharlach und seine Komplikationen eine familiäre Disposition? und andere Scharlachfragen.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXVIII, Ergänzungsheft, S. 116—147.)

Um die Bedeutung einer familiären Disposition für Entstehung und Verlauf des Scharlachs festzustellen, hat Verf. aus dem Material des Hamburg-Eppendorfer Krankenhauses alle die Fälle aus den letzten 8 Jahren zusammengestellt, bei denen es sich um Erkrankung von 2 oder mehr Mitgliedern einer Familie handelte. Für eine familiäre Disposition zur Erkrankung an Scharlach würden Beobachtungen sprechen, wobei die Glieder einer Familie völlig unabhängig voneinander bei der ersten sich bietenden Gelegenheit an Scharlach erkranken. Solche Beobachtungen sind bisher niemals erbracht worden. Auch zeigt sich, daß bei Erkrankung mehrerer Familienmitglieder an Scharlach der Verlauf ganz verschieden ist. Für die Streptokokkenkomplikationen, zu denen Verf. die Lymphadenitis und die Otitis media rechnet, besteht zwar eine familiäre Häufung, aber keine familiäre Disposition. Die familiäre Häufung erklärt sich vielleicht daraus, daß gleichzeitig mit der Übertragung des Scharlacherregers auch eine solche von Streptokokken erfolgt. Fieber ohne Befund, das im Verlauf der Rekonvaleszenz auftritt, Nephritis und die Erkrankungen der Gelenke und des Herzens rechnet Verf. zu den durch die Toxine des Scharlacherregers hervorgerufenen Nachkrankheiten des Scharlachs; für diese toxischen Komplikationen, zumal für die Nephritis und auch für die Scharlachrezidive, ist eine familiäre Disposition anzunehmen. H. Vogt.

George Draper und **John M. Hanford.** *Versuche über Infektion niederer Affen mit Scharlachfieber.* (Journ. exper. Med., Bd. XVII, S. 517—526.)

Die bisherigen Berichte über angeblich erfolgreiche Übertragung von Scharlach vom Menschen auf Affen können nicht als beweisend angesehen werden. Denn man hat nicht genügend berücksichtigt, daß die Temperaturkurve bei Affen schon unter normalen Verhältnissen die größten Schwankungen zeigt, daß Affen sehr häufig vorübergehende Erytheme im Gesicht und am Halse aufweisen und daß sie fast immer eine kleienförmige Schuppung der Haut haben. Die Verfasser haben frisches Material von Scharlachkranken in größerer Menge und wiederholt auf Affen übergeimpft, auch die Resistenz der geimpften Tiere auf verschiedenste Weise herabzusetzen versucht, aber trotzdem niemals einen Scharlach bei ihnen erzeugen können. In Beziehung auf Scharlachfieber zeigen die Affen eine außerordentliche Resistenz gegen Ansteckung vom Menschen her.

H. Vogt.

W. N. Klimenko. *Zur Frage über den experimentellen Scharlach.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXVII, S. 679—693.)

Von den bisher vorliegenden Berichten über erfolgreiche Übertragung von Scharlach auf Affen können nur die Versuche an höheren Affen (Schimpansen, Orang-Utans) der Kritik standhalten. Dagegen ist es dem Verf. trotz zahlreicher auf die verschiedenste Weise durchgeführter Bemühungen ebensowenig wie früheren Experimentatoren gelungen, Scharlach bei niederen Affen zu erzeugen. H. Vogt.

Hans Hahn. *Zur Klinik des Wundscharlachs.* (A. d. Heidelberger Kinderklinik.) (Monatsschr. f. Kinderheilk., Orig., Bd. XII, 1913, S. 233.)

Der Wundscharlach nimmt im Rahmen des eigentlichen Scharlachs eine gewisse Sonderstellung ein. Ähnlich wie die Verbrennungen scheint das operierte Pleuraempyem zur Infektion mit Scharlach ganz besonders zu disponieren. Der Beginn des Wundscharlachs ist häufig wenig charakteristisch; in den meisten Fällen fehlt das Erbrechen; der Mund und Pharynx zeigt ein Exanthem in Form einer leichten Rötung, dagegen fehlt entsprechend seiner extrabukkalen Entstehung beim Wundscharlach die typische blutigrote Verfärbung des weichen Gaumens und die Angina. Wichtig für die prognostische Beurteilung des Wundscharlachs ist das seltene Auftreten von Komplikationen und Nachkrankheiten. Ohraffektionen, Lymphadenitis und Nephritis werden nur vereinzelt beobachtet. Der leichtere Verlauf des Wundscharlachs kann wahrscheinlich durch die Infektion mit einem abgeschwächten Virus erklärt werden. Andrerseits ist der Ausgang des chirurgischen Scharlachs von einer Wunde außerhalb des Mundes an sich imstande, die Infektion in gewisser Richtung zu modifizieren. So läßt sich mit der extrabukkalen Entstehung die seltene Beteiligung des Ohres und das häufige Fehlen der primären und sekundären Lymphadenitis der Halsdrüsen in Einklang bringen.

Autoreferat.

B. Glanvill Corney. *A note on an epidemic of measles at Rotumá, 1911.* (Brit. Journ. of childr. dis., Juni 1913.)

Bericht über eine schwere Masernepidemie auf der kleinen Südseeinsel Rotumá, die seit Jahrzehnten von Masern frei gewesen war. Die Einschleppung fand durch einen Dampfer statt, an dessen Bord sich ein Masernfall befand. Kinder und junge Leute bis zu 25 Jahren wurden hauptsächlich ergriffen; Mortalität 246·5 pro mille!

Eckhardt.

Ludwig Maier (München). *Einfluß hygienischer Verhältnisse auf die Morbidität und Mortalität der Masernpneumonie.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 12.)

Die Mortalität auf der Masernabteilung der Münchener Universitätskinderklinik ging von 30·6% (1906 bis 1908) auf 16·6%

1910 bis 1912) zurück. Dieses Absinken der Letalität ist auf die Verminderung der letalen Komplikationen des Atmungssystems zurückzuführen. Diese hat wiederum ihre Ursache in der Sanierung der Masernstation. An Stelle einer total veralteten hygienisch rückständigen Baracke ist ein moderner luftiger Neubau getreten. Der Erfolg lehrt, daß die aufgewendeten Kosten gute Früchte getragen haben. Klotz.

Ruth Tunnicliff. *Beobachtungen über die phagozytäre Wirkung von Leukozyten bei Masern.* (Journ. inf. diseas., Bd. XI, S. 474—479.)

Die phagozytäre Wirksamkeit der Leukozyten gegenüber Streptokokken, Staphylokokken und Tuberkelbazillen ist während des Stadiums der Leukopenie bei den Masern des Menschen herabgesetzt. Mit der Zunahme der Zahl der Leukozyten steigt auch ihr phagozytäres Vermögen. Die Übertragung des Blutes Masernkranker auf Macacus rhesus führt zu Leukopenie, die sich auf neutrophile und Lymphozyten erstreckt, während die großen, einkernigen Zellen etwas vermehrt sind. Eine Vermehrung der Neutrophilen geht der Leukopenie voraus und folgt auf sie. Im selben Sinne wie die Zahl der neutrophilen weißen Blutkörperchen schwankt bei den infizierten Tieren deren phagozytäre Wirksamkeit. Injektion normalen Blutes bewirkt bei Affen geringe Leukozytose, doch ohne spätere Leukopenie, und keinerlei Änderung in der phagozytären Betätigung der Leukozyten. H. Vogt.

Alex. Mc. Lennan and **J. W. Mc. Nee.** *Primary streptococcal peritonitis in a child, with septicaemia, ending in recovery.* (Brit. Journ. of childr. dis., Juni 1913.)

Ein Mädchen von $6^1/_2$ Jahren erkrankte 4 Wochen nach einer Masernerkrankung an Peritonitis. Operation: diffuse eitrige Peritonitis; Abdominalorgane ohne Besonderheiten. Sowohl im Eiter wie im Blute fanden sich Streptokokken, die auch durch verschiedene Methoden als solche identifiziert wurden. Drainage des Douglasschen Raumes von der Vagina aus. Heilung. Ausführliche Beschreibung des operativen Vorgehens in derartigen Fällen. Eckhardt.

Black. *Prophylactic vaccination against epidemic meningitis.* (Prophylaktische Impfung gegen epidemische Meningitis.) (Journ. Americ. med. Assoc., 26. April 1913.)

Die Immunität dauert zumeist über ein Jahr, der Wert des Verfahrens ist kaum zu bezweifeln. Wachenheim (New York).

Simon Flexner. *Die Resultate der Serumbehandlung bei 1300 Fällen von epidemischer Meningitis.* (Journ. exper. Med., Bd. XVII, S. 553—577.)

Epidemien von Meningokokkenmeningitis sind in den letzten Jahrzehnten in allen Weltteilen beobachtet worden, z. B. in den Jahren 1904 bis 1909 in großen Teilen der Vereinigten Staaten, dann in England, in Schlesien, in Frankreich, Belgien, in Palästina und in Griechenland, in Transvaal usw. Die Mortalität betrug meist 70%

und mehr. Von unbehandelten Fällen sterben eine beträchtliche Anzahl — etwa 18% — schon in den ersten 48 Stunden nach dem Einsetzen der Erkrankung. Am gefährdetsten sind Kinder unter 2 Jahren und Erwachsene in vorgerücktem Lebensalter.

Ein Vergleich der serumbehandelten Fälle mit anderen ergibt eine beträchtlich geringere Mortalität, 30·9%, unter der Einwirkung des Serums. Eine günstige Wirkung des Serums zeigt auch ein Vergleich der Erfolge bei frühzeitiger und späterer Anwendung. Behandlung in den ersten 3 Tagen drückte die Sterblichkeit auf 18·1% herab, vom 4. bis 7. Tage ab noch auf 27·2%, während sie für die erst später behandelten Fälle 36·5% betrug. Ein Drittel der mit Serum behandelten Fälle zeigte Heilung in Form einer Krise, unbehandelte Fälle heilen fast nur lytisch. Auch war die Anzahl der schweren Komplikationen (Beteiligung des inneren Ohres usw.) in den behandelten Fällen herabgesetzt. H. Vogt.

Albert Dollinger. *Über Pneumokokkenmeningitis im Kindesalter.* (Inaug.-Dissert., Leipzig, 1913.)

Verf. bringt neben einer kurzen Übersicht über die Literatur die Krankengeschichten von 9 im Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhaus in Berlin beobachteten Fällen von Pneumokokkenmeningitis. Alle liefen tödlich aus. Nur ein Kind war 8 Jahre alt, 3 Kinder standen im 2. Lebensjahre, 5 Fälle betrafen Säuglinge. In einem Falle lag neben der Meningitis eine Bronchopneumonie vor, 2mal eine Otitis media, in 3 Fällen Otitis media und Pneumonie. In 3 Fällen konnte der Ausgangspunkt der Infektion nicht ermittelt werden. H. Vogt.

Lyall. *Meningitis in infant caused by typhoid bacillus.* (Meningitis durch Typhusbazillus verursacht.) (Journ. med. res., März 1913.)

Dieser merkwürdige Fall fand bei einem 5monatigen Kinde statt. Der Keim wurde aus verschiedenen Organen, speziell dem Nervensysteme, isoliert. Die üblichen Typhussymptome und -läsionen fehlten. Wachenheim (New York).

Hutinel. *Le Pneumotyphus.* (Pathol. inf., IX, 9.)

Die Prognose bei diesen Krankheitserscheinungen ist gutartig. Ausgenommen sind nur Kinder unter zwei Jahren, welche sich im Hospital befinden. Hutinel inkriminiert die Virulenz der Infektion, welche im Hospital größer sei als im Hause, und nicht die Qualität der Pflege, welche das Hospital den Kindern angedeihen läßt. Philips (Antwerpen).

Mallory, Horner and **Henderson.** *Relation of Bordet-Gengou bacillus to lesions of pertussis.* (Verhältnis des Bordet-Gengou-Bazillus zu den Läsionen des Keuchhustens.) (Journ. med. Res., März 1913.)

Der Bazillus, zwischen den Wimpern des Epithels der Atemwege eingebettet, wirkt zumeist mechanisch, indem er die Wimpern

zusammenheftet. Übertragung auf Hündchen erzeugte bei ihnen dieselbe Läsion, dasselbe erfolgte nach Einimpfung einer Reinkultur des Bazillus, fehlte aber mehrmals bei kräftigen Tieren. Übertragung auf erwachsene Rhesusaffen mißlang. Kaninchen waren dagegen empfindlich. Wachenheim (New York).

L. Lagane. *La vaccinothérapie anticoquelucheuse.* (Presse méd., 1913, Nr. 60, p. 906.)

Bericht über die Versuche von Nicolle und Conor mit Vakzinetherapie während einer Keuchhustenepidemie in Tunis. Die Autoren geben 35% Heilungen und 38% Besserungen an.

Keller (Berlin).

Tuberkulose.

Harbitz (Christiania). *Über angeborene Tuberkulose.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 14.)

Verf. berichtet eingangs seiner Arbeit über einen Fall von angeborener Tuberkulose. Die Mutter litt an tuberkulöser Endometritis der Plazentarstelle und starb 4 Wochen post partum; der Säugling, welcher gleich von der Mutter entfernt worden war, erlag am 25. Tage einer ausgebreiteten Tuberkulose.

Solche Fälle angeborener Infektion sind sehr selten. Von 120 Literaturangaben halten kaum 20 der Kritik stand.

6 von tuberkulösen Müttern stammende Säuglinge ($^1/_2$ Tag bis 5 Wochen alt) wurden aufs sorgfältigste untersucht; kein einziger wies mikroskopisch, makroskopisch usw. tuberkulöse Veränderungen auf.

Interessant sind einige Sektionsdaten von Harbitz. Von 137 obduzierten Säuglingen des ersten Halbjahres waren 11% tuberkulös infiziert, vom 6. bis 12. Monate bereits 39%, im 14. bis 15. Jahre waren es dagegen schon 85% aller obduzierten Kinder.

Untersuchungen im Harbitzschen Institute zeigten ferner, daß die Tuberkulose bei im ersten Lebenshalbjahre verstorbenen Säuglingen niemals auf Tuberkelbazillen des Typus bovinus zurückzuführen war. Bovinusfälle sind außerordentlich selten.

Eine angeborene Infektion mit Tuberkulose kommt also im allgemeinen selten vor; die allermeisten Tuberkulosen werden postnatal erworben. Klotz.

H. Schelble (Bremen). *Die Tuberkulose im Kindesalter.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 23, S. 1083—1087.)

Ausführliches über Statistik, Diagnose, Prognose und Therapie der Kindertuberkulose. Von größter Wichtigkeit ist neben der Prophylaxe in den ersten vier Lebensjahren (Fernhalten von Infektions-

quellen) eine solche im Pubertätsalter: gute Ernährung, frische Luft, Sport. Verf. wendet sich gegen die Parallelstellung der Tuberkulose mit der Lues und warnt vor dem Vertrauen auf die Immunität einmal Infizierter. Nagel-Hoffmann (Berlin).

W. Weinberg (Stuttgart). *Die Kinder der Tuberkulösen.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 28, S. 1366—1367.)

Die ausgedehnten statistischen Untersuchungen des Verf. ergaben, daß die Fruchtbarkeit der Tuberkulösen unter der Norm ist. Die Sterblichkeit der Kinder bis zu 20 Jahren betrug 47% gegen 40% bei Kindern Nichttuberkulöser. Je näher die Geburtszeit dem Tode der Eltern rückt, um so größer ist die Sterblichkeit. Besonders hoch war die Sterblichkeitsziffer an Tuberkulose und an nicht spezifischen Erkrankungen der Atmungsorgane. Im ganzen bestätigte die Statistik lediglich den Einfluß der Ansteckungsgefahr, während Anhaltspunkte für konstitutionelle Einflüsse nur in beschränktem Maße gefunden werden konnten. Nagel-Hoffmann (Berlin).

F. Göbel. *Zum Vorkommen von Tuberkelbazillen im strömenden Blut.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 24, S. 1136—1137.)

Die grampositiven Stäbchen und Granula (Much'sche Färbung), die als Tuberkelbazillen gedeutet worden sind, fand Göbel in etwa gleicher Menge in steril entnommenem Blute der gesunden Laboratoriumstiere. Säurefeste Stäbchen fanden sich bei den Tieren nicht.

Nagel-Hoffmann (Berlin).

Brandes und **C. Man** (Kiel). *Tuberkelbazillen im strömenden Blut bei chirurgischen Tuberkulosen.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 24, S. 1137—1340.)

Die Untersucher konnten bei sicheren chirurgischen Tuberkulosen nur in 45% der Fälle Bazillen im Blute nachweisen; eine praktische Bedeutung für Diagnose und Prognose besteht demnach nicht. Wohl aber heben diese Befunde die Bedeutung einer rationellen und langjährigen Allgemeinbehandlung besonders hervor.

Nagel-Hoffmann (Berlin).

J. F. Heymans. *Sur la vaccination antituberculeuse de bacilles morts, enfermés dans des sacs de roseau.* (Antituberkulöse Vakzination mit toten in Schilfsäcken eingeschlossenen Bazillen.) (Belgique méd., XIX, 37.)

Der Schilfsack als solcher oder kollodioniert erlaubt jeden Grad von Durchlässigkeit für die Produkte der darin eingeschlossenen Tuberkelbazillen wie auch für die Produkte des Organismus, welche in den Sack diffundieren sollen.

Die Bazillen werden, nachdem sie durch Alkohol getötet sind, in feuchtem oder trockenem Zustande in Mengen zwischen einigen Zentigrammen bis zu einem Gramm pro Sack in die Säcke eingeführt.

Die Säcke werden unter die Haut oder in die Peritonealhöhle des Meerschweinchens gebracht. Verf. konstatiert, daß die auf diesem Wege erzielte Präventivimmunisierung der Kaninchen und des Meerschweinchens, wenigstens für die Kaninchen, feststeht.

Die Heilwirkung dieser Methode bei tuberkulös infizierten Tieren scheint für die Kaninchen und die rinderähnlichen Tiere festzustehen. Verf. empfiehlt diese Methode sehr warm, da sie jede heftige, plötzliche Reaktion verhindert und eine langsame Diffusion und ähnliche Imprägnation der Toxine möglich macht.

Philips (Antwerpen).

George N. Biggs. *A case of tubercular disease of the ear.* (Brit. Journ. of child. dis., Juni 1913.)

Mädchen von 4 Jahren mit rechtsseitiger Fazialislähmung, großem Abszeß am rechten Proc. mastoideus und Otorrhoe seit 8 Monaten. Radikaloperation. Später wurde, ohne Beschwerden, ein Sequester abgestoßen. „Fazialislähmung bei Kindern mit Ohreiterung und ohne irgend welche Symptome von Labyrinth- oder intrakranieller Erkrankung ist pathognomonisch für Tuberkulose." Eckhardt.

Lubarsch (Düsseldorf). *Zur Pathologie der Tuberkulose im Säuglings- und Kindesalter.* (Reichs-Med. Anz., 1913, Nr. 9.)

Die Ausführungen gruppieren sich um folgende Fragen: Ist die Fütterungstuberkulose die häufigste Infektionsart im Säuglingsalter? Erkrankt die Lunge häufig sekundär von den tuberkulösen Verdauungsorganen aus auf dem Lymph- oder Blutwege? Verläuft die Tuberkuloseinfektion im Kindesalter oft heimlich und ist sie ebenso häufig wie bei Erwachsenen?

1. Sichere Fütterungstuberkulose fand Lubarsch 22mal unter 163 Fällen, das sind 13·5%. Davon entfiel auf das erste und zweite Lebensjahr (48 Sektionen) nur 1 Fall, auf die Zeitspanne vom 7. bis 16. Lebensjahr (56 Sektionen) dagegen 15 Fälle. Die Fütterungstuberkulose ist im Säuglingsalter also 13mal seltener als vom 7. Jahre ab. Auch Ghon fand einen ähnlich geringen Prozentsatz primärer Fütterungstuberkulose. Ein beweisendes Zahlenmaterial ist also für die Behringsche Lehre von der Fütterungstuberkulose im Säuglingsalter nicht beizubringen.

2. Auch vom Verdauungskanal aus wird der Respirationsapparat nicht besonders häufig infiziert (27%), nach Ghon allerdings 44%.

3. Daß latente oder geheilte Tuberkulose im Säuglingsalter oder der ersten Kindheit sehr viel seltener ist als beim Erwachsenen, ist fraglos. Eine wirklich abgeheilte Tuberkulose fand Lubarsch innerhalb der ersten 3 Lebensjahre nicht. Damit ist natürlich nichts gegen die Beobachtungen von Pollak, Hahn, Ibrahim u. a. gesagt. „Daß Heilungsvorgänge in den ersten beiden Jahren so gut wie ganz fehlen", ist nicht mehr ganz den Tatsachen entsprechend.

4. Daß mit zunehmendem Alter die Tuberkulose häufiger wird, aber auch eine geringere Neigung zur Progredienz zeigt, fand Lubarsch auch an seinem Sektionsmaterial erhärtet. Klotz.

Bacmeister (Freiburg i. B). *Aerogene oder hämatogene Entstehung der Lungenspitzenphthise?* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 24, S. 1134—1136.)

Bei mechanisch disponierten Kaninchen, d. h. Tieren, die Bacmeister in einen Drahtring hineinwachsen ließ, um Beengung der oberen Thoraxapertur und somit Lymphstauung in den Spitzen zu bewirken, konnte sowohl aërogen wie hämatogen Spitzenphthise erzeugt werden. In beiden Fällen lokalisiert sich der Prozeß schnell im peribronchialen und perivaskulären Lymphgewebe.

Nagel-Hoffmann (Berlin).

John Fraser. *Experimentelle Untersuchungen über Knochen- und Gelenktuberkulose.* (Journ. exper. Med., Bd. XXII, S. 362—372.)

Experimentelle Infektionen von Meerschweinchen und Kaninchen mit Tuberkelbazillen vom Menschen und vom Rind hatten folgende Ergebnisse. Die direkte Infektion des Markes eines langen Röhrenknochens führt nicht leicht zur Entstehung einer tuberkulösen Osteomyelitis. Dagegen läßt sich durch Impfung von Tuberkelbazillen in ein Gelenk leicht eine Tuberkulose der Synovialmembran erzeugen. Vom Gelenke aus kann die Erkrankung sich auf die Epiphyse und Diaphyse ausdehnen. Durch Einführung von Tuberkelbazillen in den linken Ventrikel war keine Knochen- oder Gelenktuberkulose hervorzurufen. Die Infektion von großen Extremitätenarterien aus hatte zuweilen Gelenktuberkulose zur Folge. Nach direkter Infektion von Knochenarterien kam es nicht zu tuberkulöser Osteomyelitis.

H. Vogt.

Vulpius (Heidelberg). *Über die Lichtbehandlung der chirurgischen Tuberkulose.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 20.)

Vulpius befaßt sich eingehend mit der Frage, ob die bekannten Erfolge Rolliers und Bernhards bei der Heliotherapie äußerer usw. Tuberkulose sich nicht auch ebensogut im Flachlande erzielen lassen. Er bejaht diese Frage. Zunächst kritisiert er die einzelnen an der Wirkung von Höhensonne und Höhenklima beteiligten Faktoren und kommt zu dem Ergebnisse, daß eigentlich alle nur negativ sind, daß wir nichts Sicheres darüber wissen, wie Staubfreiheit, Bakterienarmut, geringere Luftdichte, geringerer Luftdruck, verminderter Sauerstoffgehalt usw. wirken. Auch die Vermehrung der roten Blutkörperchen kommt erst bei längerem Aufenthalte im Hochgebirge in Frage.

Es bleibt also schließlich ernstlich nur die hypothetische Wirkung der Sonne übrig: Pigmentierung, Umwandlung der kurzwelligen Sonnenstrahlen in tiefer dringende. Vulpius steht der Sensibilisierung der Sonnenstrahlen durch das Pigment skeptisch gegenüber. Er sah trotz Ausbleibens der Pigmentierung gelegentlich vorzügliche Erfolge. Im übrigen steht der Einfluß der Sonne außer Frage. Entbehrlich ist jedoch das Höhenklima; man erreicht im Mittelgebirge, auch in der Ebene und an der Seeküste ausgezeichnetes. Ja, die Sonne

kann schließlich auch durch Bogenlicht und Quarzlampe ersetzt werden. Bei den staunenerregenden Erfolgen Rolliers dürfe man nicht vergessen, daß die neuen glänzenden Allgemeinbedingungen im Sanatorium auch ein gewichtiges Wort mitsprechen. Gerade für viele Renommierfälle Rolliers trifft dieser Einwand von Vulpius glatt daneben, für jene Patienten, deren Behandlung und Lebensweise von Autoritäten bereits seit Jahren ohne Erfolg geleitet wurde, die aus denkbar reichsten Kreisen stammen.

Überhaupt kritisiert Vulpius fraglos zu viel. Den Einfluß des Höhenklimas, der Freiluft auf den Stoffwechsel kann man einfach nicht so beiseite schieben. Die gerühmte Soole, die Rappenau Vulpius Sanatorium für Heliotherapie usw.) auszeichnet, kann Rollier in Leysin gern entbehren. Dafür können sich Rolliers Patienten mitten im Winter splitternackt im Schnee tummeln, dank der intensiven Sonnenbestrahlung. Vulpius rühmt als Vorzug, daß Quarzlampe und Bogenlicht die Dosierung der Heilstrahlen gestatten. Na, ich dächte, auch Vulpius wäre es nicht unangenehm, wenn wir die Sonne von Leysin hätten und Rollier das Quarzlampchen. Klotz.

R. **Hagemann.** *Über die Behandlung chirurgischer Tuberkulosen mit künstlichem Licht.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 30, S. 1450—1453.)

Bericht über günstige Erfolge bei regelmäßigen Allgemeinbestrahlungen mit der Quarzlampe. Allgemeinbefinden, Appetit, Schlaf hebt sich bedeutend, der Schmerz verschwindet am erkrankten Knochen oder Gelenk und allmählich heilen auch die lokalen Erscheinungen ohne eine andere Therapie.

Nagel-Hoffmann (Berlin).

E. G. **Dressel.** *Beitrag zur Statistik der Tuberkulosesterblichkeit in Baden.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 22, S. 1030—1031.)

In den Jahren 1906 bis 1910 ist die Säuglingssterblichkeit an Tuberkulose auf die Hälfte abgesunken gegenüber dem Jahrfünft 1896/1900. Nagel-Hoffmann (Berlin).

Syphilis.

S. **Wolff** (Wiesbaden). *Salvarsanbehandelte Mütter und ihre Kinder.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 25, S. 1199—1200.)

Von einer im 5. Schwangerschaftsmonate mit Salvarsan energisch behandelten Mutter wurde ein gesundes, ausgetragenes Kind geboren, das sich fast 1½ Monate scheinbar gesund entwickelte,

dann aber plötzlich in kurzer Zeit ad exitum kam und bei der Sektion schwere luetische Veränderungen zeigte.

Nagel-Hoffmann (Berlin).

J. Lemeland et H. Brisson. *Etude sur les résultats observés à la Clinique Tarnier par l'emploi du salvarsan et du néo-salvarsan chez les femmes enceintes, chez les femmes en couches et l'enfant nouveau-né.* (Arch. mens. d'Obstétr. et de Gyn., 1913, XVIII. S. 113 u. 256.)

Unter der Leitung Bars, welcher sich selbst mit dieser Frage der Syphilisdiagnose und -behandlung beschäftigt hat (siehe Referat in dieser Monatsschrift, Bd. VIII, S. 544), wurden in der Klinik Tarnier (Paris) Behandlungsversuche bei 52 Frauen und Kindern durchgeführt, und zwar wurde in 38 Fällen Salvarsan, in 14 Neosalvarsan angewendet. Die Ergebnisse lassen sich etwa in folgender Weise zusammenfassen.

Salvarsan und Neosalvarsan haben einen unleugbaren Einfluß auf die Syphilis während des Wochenbettes. Außerordentlich rasch bildet sich Vernarbung sekundärer Läsionen und selbst der Primäreffekte und ebenso rasch verschwinden die Spirochäten. Mittlere Dosen geben die besten Resultate. Zu einer zweiten Injektion soll man sich erst dann entschließen, wenn man die Sicherheit hat, daß die Arsenikausscheidung nach der ersten sich in normaler Weise vollzogen hat. Weder nach Salvarsan noch nach Neosalvarsan wird die Wassermannsche Reaktion definitiv und zuverlässig negativ, in der Regel verschwindet die Reaktion sehr schnell nach der Injektion, um aber ebenso schnell wieder zurückzukehren. Die günstige Wirkung der Medikamente auf den Fötus scheint vorhanden, aber die Anwendung ist nicht ohne Gefahr. Die Wirkung beim Säugling ist verschieden: günstig bei subakuten Infektionen, gefährlich bei schweren Infektionen. Neosalvarsan scheint im Organismus schwerere Störungen hervorzurufen als Salvarsan. Seine Anwendung ist schon in mittleren Dosen gefährlich. Es ist nicht unmöglich, daß die Anwendung von Salvarsan und Neosalvarsan die Fixierung syphilitischer Läsionen an den nervösen Zentren begünstigt.

Keller (Berlin).

Th. Hausmann. *Die luetischen Erkrankungen der Bauchorgane.* (Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Verdauungs- u. Stoffwechselkrankh., Bd. IV, H. 5; brosch. M. 1·80.)

Verf. bringt die erste monographische Darstellung der Syphilis der Bauchorgane mit Ausnahme der Nierensyphilis. Seiner Ansicht nach sind syphilitische Erkrankungen der Bauchorgane häufiger, als im allgemeinen angenommen wird. Sie werden leicht übersehen, weil man mit ihrer Möglichkeit meist gar nicht rechnet. Auf jeden Fall ist es verdienstlich, wenn Verf. die Aufmerksamkeit auf dies Gebiet hinlenkt und die bisher darüber gesammelten Beobachtungen zusammenstellt.

H. Vogt.

Zirkulationsapparat.

Boks. *Angeborenes familiäres Ödem der unteren Extremitäten. (Krankheit von Milroy.)* (Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1913, I, S. 416.)

Bei einem 22jährigen Manne, der wegen einer Hydrocele testis im Spital aufgenommen war, wurde Ödem der beiden unteren Extremitäten, welche seit der Geburt in zunehmendem Maße bestand, konstatiert.

An den inneren Organen konnte ebensowenig wie sonst irgend am Körper eine Ursache für das Entstehen des Ödems konstatiert werden. Keine Störung in der Bewegung und keine Schmerzhaftigkeit der Beine. Konstitutionell kein krankhaftes Symptom. Wassermann negativ.

Beide Eltern gesund und ohne Ödem. Von den 8 Geschwistern leiden 3 an angeborenem Ödem der unteren Extremitäten. Von diesen 8 Geschwistern sind 5 verheiratet. Von diesen, die zusammen 16 Kinder haben, hat die älteste (eine Frau) 8 Kinder, von welchen 3 dasselbe Leiden zeigen. Die übrigen 13 Kinder sind gesund.

Die Krankheit, von Nonne zuerst beschrieben als „Elephantiasis congenita hereditaria", wird von den Engländern die Krankheit von Milroy genannt. Sie ist sehr selten, so daß Boks sie in der Literatur nur bei 6 Familien beschrieben fand.

Was die Pathogenese anbetrifft, so schließt Boks auf Grund seiner mikroskopischen Untersuchung, daß kein primäres Leiden der Lymphwege der Krankheit zugrunde liegt. Vielmehr betrachtet er, ebenso wie Mauclaire, das Leiden als „pseudo-élephantiasis d'origine tropho-neurose". Graanboom.

H. W. Skott. *Sub-aortic stenosis.* (Brit. Journ. of childr. dis., März 1913.)

Ein plötzlich verstorbener und tot eingelieferter Knabe von 14 Jahren zeigte diese seltene Anomalie, die sich in vivo durch lautes systolisches Geräusch (am deutlichsten im 2. rechten Interkostalraume) und Hypertrophie des linken Ventrikels kundgibt. „Die Aortenöffnung war durch einen fibrösen Ring am Septum ventriculorum verengt." — Schilderung der wenigen sonst bekannten Fälle.

Eckhardt.

Reginald Miller and **G. Harrison Orton.** *A case of patent ductus arteriosus, with skiagram.* (Brit. Journ. of childr. dis., März 1913.)

Mädchen von 11 Jahren. Das Herz ist nach beiden Seiten dilatiert und zeigt außerdem eine sich verjüngende Vergrößerung nach oben, die im Röntgenbilde sehr deutlich ist. Es besteht ein über dem ganzen Thorax hörbares sehr lautes Geräusch, das im linken 2. und 3. Interkostalraume am deutlichsten ist; außerdem epigastrische Pulsation und Pulsdifferenz. Diagnose: offener Ductus arteriosus.

Eckhardt.

Respirationsorgane.

P. J. de Bruïne Ploos van Amstel. *Über ungewöhnlichen Fieberverlauf bei kruppöser Pneumonie im Kindesalter.* (Samml. klin. Vortr., Neue Folge.) (Innere Med., Nr. 221—223.)

Ein Fall von Pneumonie mit stark intermittierendem Fieber von etwa 3wöchiger Dauer bei einem $5^1/_2$jährigen Mädchen gab dem Verf. die Anregung zu dieser ausführlichen Besprechung der kruppösen Pneumonie im Kindesalter, die neben dem Fieberverlauf auch die sonstigen Symptome und auch die Behandlung berücksichtigt. Die fleißige Sammlung der umfangreichen Literatur ist verdienstlich. Ob es sich aber bei der eigenen Beobachtung des Verf. wirklich um eine kruppöse Pneumonie gehandelt hat, ist wohl nicht über allen Zweifel sichergestellt. Denn die Ansicht Filatows, daß bei einer Bronchopneumonie eine Verdichtung eines ganzen Lungenlappens einen Zeitraum von mehr als 2 Wochen zu ihrer Entstehung beansprucht, erscheint nicht so einwandfrei erwiesen, um entscheidend für die Diagnose ins Gewicht zu fallen.

H. Vogt.

Innere Sekretion.

K. Basch. *Über die Thymusdrüse.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 30, S. 1456—1459.)

Junge Hunde zeigten nach Thymusexstirpation Zurückbleiben im Wachstum, Weichheit und schlechte Heilungstendenz der Knochen und erhöhte Kalkausfuhr. Diese Erscheinungen waren in den meisten Fällen nur vorübergehend. Außerdem aber trat wenige Wochen nach der Operation erhöhte Reizbarkeit der Hirnrinde und der peripheren Nerven auf. Außer mit den Drüsen mit innerer Sekretion, insbesondere Schilddrüse und Geschlechtsapparat, steht die Thymus auch mit dem Lymphapparat des Körpers in nahem Konnex.

Nagel-Hoffmann (Berlin).

Hijmans van der Bergh und **van Hasselt.** *Tumor glandulae pinealis s. epiphysis cerebri.* (Ned. Tydschr. v. Geneesk., 1913. I. S. 1271.)

Der Kasuistik dieser seltenen Erkrankung, von welcher die Literatur nur 6 Fälle beim Kinde erwähnt, konnte Hijmans van der Bergh folgenden höchst interessanten, sorgfältig studierten und behandelten Fall hinzufügen:

Ein normal zur Welt gekommener Knabe macht zwischen dem 4. und 5. Lebensjahr verschiedene Anfälle von Bewußtlosigkeit

durch, welche augenscheinlich auf seine weitere Entwicklung keinen ungünstigen Einfluß ausüben. Im 5. Lebensjahr entstandene spastische Lähmung beider unteren Extremitäten ohne Bewußtseinsstörung, welche nach einigen Wochen vollständig heilt. Seitdem stellen sich Anfälle ein von Kopfschmerzen, allmählich sich verschlimmernd und vom 8. Jahre an begleitet von Erbrechen und beiderseitiger Stauungspapille, nach einem Jahre gefolgt von Atrophie der Papille. Diesen Anfällen von Kopfschmerzen gehen regelmäßig Polydypsie und Polyurie voran: Andere Erscheinungen, auf eine Erkrankung des Zentralnervensystems hinweisend (sowie Ptosis, Nystagmus usw.), fehlen bis kurz vor dem Tode. Wassermann negativ. Kurz vor dem Tode traten leichte linksseitige Parese des Fazialis mit Ptosis und gleichzeitiger Pupillenverengerung ein. Alle diese genannten Erscheinungen ließen sich leicht durch Hydrocephalus internus erklären.

Zu gleicher Zeit war auffallend, daß der Knabe eine für sein Alter außerordentlich kräftige körperliche Entwicklung hat. Obwohl von normaler Länge (133·5 cm bei einem Körpergewicht von 36·7 kg), war er breitgeschultert mit breitem Becken: die Stimme und die Entwicklung des Penis waren der eines Erwachsenen gleich (gut entwickelte Schamhaare, kein Bart, keine Libido sexualis).

Auf Grund der Kombination der verschiedenen Gruppen von Erscheinungen, nämlich den von Hydrocephalus int., den von abnorm frühzeitiger Entwicklung der Geschlechtsteile und der Stimme und der Polyurie mit Polydypsie, wurde die Diagnose auf Tumor der Glandula penialis gestellt und wurde das periodische Auftreten und der Wechsel in der Intensität der Erscheinungen der wechselnden Blutfüllung des Tumors zugeschrieben.

Ein Röntgenbild des Scheitels hatte keine Vergrößerung der Sella turcica ergeben und der Knochenkernbefund war dem Alter gemäß.

Bei der Obduktion wurde gefunden: Tumor (Teratom-Embryom), an verschiedenen Stellen den Charakter eines Chorionepithelioms mit den diesem eigentümlichen Blutungen) bietend, ausgehend von der Epiphyse und sich weiter entwickelnd in der Höhle des 3. Ventrikels.

Bei der Epikrise weist Hijmans van den Bergh darauf hin, daß der beschriebene Fall der Meinung Stütze bietet, daß die Glandula pinealis beim jungen Kinde eine sehr besondere Rolle zu erfüllen hat, darin bestehend, daß sie ein Produkt innerer Sekretion bietet, welches einen hemmenden Einfluß auf die körperliche und psychische, am meisten aber auf die geschlechtliche Entwicklung des Kindes ausübt. Sobald diese innere Sekretion ausfällt, sei es durch physiologische Involution oder, wie im zitierten Falle, durch einen krankhaften Prozeß, und sobald infolgedessen der genannte hemmende Einfluß aufgehoben ist, tritt die Pubertät ein. Graanboom.

Verdauungstraktus.

Sidney Phillips. *A fatal case of widespread ulceration limited to the small intestine.* (Brit. Journ. of childr. dis., April 1913.)

Ein Knabe von 10 Jahren erkrankte am 4. Januar 1912 mit Erbrechen und heftigen Leibschmerzen; am 8. Februar geheilt entlassen. Am 15. Mai erneute Erkrankung, Kollaps. Laparotomie. Tod am nächsten Tage. Der Dünndarm zeigte äußerlich starke Rötung, besonders im mittleren Drittel, und mehrere gelbe wie Infarkte aussehende Flecke, denen Ulzera der Darmschleimhaut entsprachen. Ätiologie unklar; vielleicht auf Vergiftung durch ein Nahrungsmittel oder ein anorganisches Gift beruhend?

Eckhardt.

H. Putzig. *Ein Beitrag zur Behandlung des Pylorospasmus.* (Therap. Monatsschr., Jänner 1913, S. 25.)

Beschreibung der Technik der Pylorussondierung nach Heß und Mitteilung der Krankengeschichte eines Säuglings, der an schwerem Pylorospasmus litt. Durch den Gummikatheter wurde ihm täglich Frauenmilch mit Plasmon in das Duodenum eingeführt mit Gewichtszunahme bis zu 30 g täglich. Diese Fütterungsmethode ist leicht auszuführen und allen anderen überlegen. Bei stark dekomponierten Kindern muß man mit der Möglichkeit einer alimentären Intoxikation rechnen. Zuppinger (Wien).

K. Stolte. *Klinische und anatomische Beobachtungen bei einem Kinde mit kongenitaler Darmstenose.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XII. 1913, S. 341.)

Erörterung der Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen hochgradiger Verengerung des Darmlumens oberhalb der Papilla Vateri und Pylorospasmus; Empfehlung der frühzeitigen Operation in zweifelhaften Fällen. — Wie so oft hat auch im vorliegenden Fall die anatomische Untersuchung keinerlei Anhaltspunkte über die Entstehung der Mißbildung ergeben, so daß wohl auch hier die Hemmungsbildung auf die fötale Epithelokklusion des Darmes zurückgeführt werden muß. Stolte.

E. Ruge (Frankfurt-Oder). *Zur Pathogenese, Klinik und Therapie der erworbenen Mastdarmstrikturen.* (Samml. zwangsl. Abhandl. aus dem Gebiete der Verdauungs- u. Stoffwechselkrankh. von Albu, Berlin.) (IV. Bd., 8. Heft, C. Marhold, Halle a. Saale. 1913, Mk. 1·50.)

Das Thema liegt abseits vom Gebiete des Pädiaters, um so mehr, als die kongenitalen Stenosen nicht in die Besprechung einbezogen werden. Der Mitarbeiterkreis der Albuschen Sammlung bürgt für die Güte des vorliegenden Heftes. Klotz (Schwerin).

Leber und Gallenwege.

F. J. Poynton. *Some cases of jaundice in childhood.* (Brit. Journ. of childr. dis., April 1913.)

Verf. bespricht 3 Typen von Ikterus im Kindesalter, nach eigenen Beobachtungen. Erstens eine Form, die in den ersten Lebenstagen beginnt, mit weißen Stühlen, dunklem Urin und Leberschwellung (aber nicht -induration) einhergeht und in Wochen beziehungsweise Monaten abheilt; Milzschwellung besteht bei diesen Fällen nicht. Eine 2. Gruppe tritt familiär auf und zeigt acholurischen Typus. Zwei Typen gehören hierher: Patienten mit persistentem mäßigen Ikterus, der nur in der Intensität wechselt, und solche mit ziemlich schwerer Anämie und „Anfällen" von schwerem Ikterus. Letztere haben einen hohen Prozentsatz von „retikulierten" roten Blutkörperchen (bis 8%; im normalen Blute 0·2%), beträchtliche Milzschwellung, starke Reduktion der Zahl der roten Blutzellen, Fieber im Anfalle. Eine 3. Gruppe ist luetischen Ursprungs und zeigt typischen mikroskopischen Befund der Organe. Eckhardt.

Urogenitalsystem.

J. D. Rolleston. *Congenital renal and ureteral anomaly.* (Brit. Journ. of childr. dis., April 1913.)

Ein Knabe von 12 Jahren starb an allgemeiner Lähmung nach Diphtherie. Bei der Sektion fand sich nur eine stark vergrößerte Niere, die linke; ihr Ureter war in der oberen Hälfte doppelt. Die rechte Niere fehlte vollständig; der rechte Ureter aber war vorhanden, endete oben blind und war von der Blase her durchgängig. Ein 2. derartiger Fall mit allen hier vorhandenen Anomalien findet sich nirgends verzeichnet; Fehlen einer Niere ist immerhin nicht häufig, Verdoppelung des Ureters nicht sehr selten; Vorhandensein eines durchgängigen Ureters, dem keine Niere entspricht, ist etwas ganz Exzeptionelles. Der Zustand kann gegebenenfalls chirurgisch bedeutungsvoll werden. Eckhardt.

Walter Arnold (Würzburg). *Über orthotische Albuminurie und ihre Beziehungen zur Tuberkulose nach Untersuchungen bei Hautkranken, insbesondere bei Hauttuberkulose und Syphilis.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 9.)

Lüdke und Sturm hatten im ersten Stadium von Lungentuberkulose bei 88% Untersuchter eine orthotische Albuminurie gefunden und demgemäß auf den Wert dieses Symptoms bei der Frühdiagnose hingewiesen. Arnold untersuchte nun Luetiker im primären und sekundären Stadium und fand bei ihnen — nach Ausschluß einer Allgemeintuberkulose — fast ebensohäufig orthotische

Albuminurie wie Lüdke und Sturm im Frühstadium der Tuberkulose. Daher ist ihr diagnostischer Wert beschränkt. Bei Hauttuberkulose findet sie sich relativ selten. Bei Dermatosen aller Art fehlt sie zumeist. Auch bei Psoriasis, die von Menzer neuerdings zur Hauttuberkulose gerechnet wird, fehlt sie und ist ein weiterer Punkt des gegen diese gewagte Hypothese bereits beigebrachten Tatsachenmaterials.

Arnold hält die orthotische Albuminurie bei seinen Kranken für den Ausdruck einer chronischen Infektion beziehungsweise Intoxikation. Klotz.

Wilhelm Karo. *Klinik der Nierensteinerkrankung.* (Samml. zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Verdauungs- u. Stoffwechselkrankh., Bd. IV, H. 6; Preis: M. 1.)

Daß man auf 34 Druckseiten keine erschöpfende Klinik der Nierensteinerkrankung bringen kann, liegt auf der Hand. Verf. ist der Meinung, daß die Harnsäureinfarkte der Kinder eine große Bedeutung für die Steinbildung hätten. Dann sollten Steine häufiger schon im Kindesalter vorkommen, als es bei uns der Fall ist. Worauf sich wohl folgende Aussprüche des Verf. gründen mögen: „Bei Kindern, die ja ein erhebliches Kontingent zur Frequenz der Nierensteine liefern, stehen als ätiologisches Moment die Dekomposition und andere Ernährungsstörungen (im Original gesperrt) im Vordergrunde. Vielfach wird es natürlich vorkommen, daß minutiöse Kristallglomerate während der Kindheit im Nierenbecken zurückbleiben und erst im späteren Alter zu einem großen Stein heranwachsen." Unerklärt ist vorläufig das ausgesprochene Überwiegen der Steinbildung beim männlichen Geschlecht, das sich schon im Kindesalter geltend macht. H. Vogt.

L. Ombrédanne (Paris). *L'Orchite aigue primitive des enfants.* (Presse méd., 1913, Nr. 59, S. 595.)

Der klinische Symptomenkomplex primärer akuter Orchitis kommt beim Kinde selten zur Beobachtung. Das Krankheitsbild wird charakterisiert durch den ziemlich brüsken Beginn der Schmerzen, Temperaturen von 37·5 bis 38°, Ödeme und Reizung der einen Seite des Skrotums, Anschwellung des Hodens, Undurchsichtigkeit des Tumors. Der gleiche Symptomenkomplex tritt bei wahrer Orchitis, wie bei Torsionen des Samenstranges auf. Es gibt kein Symptom, welches eine Unterscheidung beider Erkrankungen ermöglichte.

Die Torsion des Samenstranges scheint relativ häufig die Ursache der Erkrankungen zu sein. Verf. hat in den letzten 2 Jahren 7 Fälle von akuter Orchitis beobachtet, welche sämtlich Kinder von 9 bis 15 Jahren betrafen. Bei der Operation ließ sich in 4 Fällen mit Sicherheit die Torsion nachweisen, ein Fall war zweifelhaft (wahrscheinlich infolge unvollständiger Untersuchung), in einem Falle war eine Torsion sicherlich nicht vorhanden, im letzten ließ sich auf Grund des Befundes mit ziemlicher Gewißheit annehmen, daß eine Torsion bestanden, aber sich spontan gelöst hatte. Keller (Berlin).

F. Glaser und **H. Fliess.** *Über Säuglingspyelitis und -otitis media.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 30, S. 1464—1466.)

In 3 Fällen von Pyelitis fand Verf. als Grundursache eine Otitis media, die in 2 Fällen zum Tode geführt hatte. Beim dritten Kinde wurden die gerõteten Trommelfelle parazentesiert, das Fieber sank sofort und auch die Pyelitis heilte danach ab. Nagel-Hoffmann (Berlin).

Neurologie und Psychiatrie.

L. Kaumheimer. *Zur Pathologie und Klinik der Myatonia congenita (Oppenheim).* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXVIII, Ergänzungsheft, S. 170—196.)

Ein Säugling von $3^3/_4$ Monaten, der schon mit 3 Wochen geringe Beweglichkeit der Gliedmaßen hatte, wies schlaffe Paresen an den Extremitäten sowie am Nacken und Rumpfe auf. An den Ellenbogen bestand Beugekontraktur, an der rechten Schulter Subluxation. Die elektrische Erregbarkeit war für beide Stromarten sehr stark herabgesetzt; Entartungsreaktion bestand nicht. Die Reflexe waren nicht auslösbar. Eine Atrophie der Knochen war weder klinisch noch im Röntgenbild nachzuweisen. Nach dem Tode des Kindes an Bronchopneumonie wurde im Nißlschen Laboratorium eine genaue histologische Untersuchung des Nervensystems ausgeführt. Im Großhirn und Kleinhirn fanden sich keine stärkeren Veränderungen. Leichte Veränderungen bestanden im Nucleus ambiguus, sehr ausgesprochene im Hypoglossuskern. Im Rückenmark waren die Zellgruppen der Vorderhörner und der Clarkeschen Säulen am stärksten betroffen. Daneben bestanden Veränderungen an der Glia in Gestalt einer geringen fleckweisen Gliawucherung im Hemisphärenmark des Großhirns, leichter diffuser Gliakernvermehrung innerhalb der grauen Substanz in der Oblongata und leichter fleckweiser Gliawucherung in den weißen Rückenmarkssträngen. Die peripheren Nerven wiesen schwere Degenerationserscheinungen auf. Die Veränderungen im Zentralnervensystem boten keinen Anhalt für die Annahme eines Entzündungsprozesses oder einer Entwicklungshemmung. Im Gegenteil war der Krankheitsprozeß offenbar noch nicht zum Abschluß gekommen. Die Annahme einer toxischen Grundlage für die Myatonie ist mit den anatomischen Befunden wie den klinischen Erwägungen vereinbar. Zur infantilen spinalen Muskelatrophie (Werdig-Hoffmann) hat die Myatonie keine näheren Beziehungen. H. Vogt.

Denis Cotterill. *Bemerkungen über einen Fall von Amyotonia congenita. (Myatonia congenita, Oppenheim.)* (Edinburgh. med. Journ., N. S. X, S. 519—530.)

Der Fall von Amyotonie, den Verf. eingehend beschreibt, betraf ein $2^1/_2$jähriges Mädchen und wies, abgesehen von den bekannten

charakteristischen Symptomen der Erkrankung, noch einige Besonderheiten auf, die bisher bei Amyotonie nicht beschrieben sind. So bestand eine Luxation im rechten Hüftgelenk, ein angeborenes Genu recurvatum mit kleiner Kniescheibe und Verlagerung des Femur nach hinten, eine Subluxation des linken Daumens, angeborener Klumpfuß, Nabelhernie und abnorme Beschaffenheit der unteren Hälfte des Brustbeines. Diese Deformitäten hält Verf. nicht für zufällig entstanden, wirft vielmehr die Frage auf, ob sie nicht darauf zurückgeführt werden könnten, daß eine auf Amyotonie beruhende allgemeine Schlaffheit des fötalen Körpers zu abnormer Lagerung in der Gebärmutter Gelegenheit geboten hatte. Dann könnte man auch annehmen, daß geringe Grade von intrauteriner Amyotonie als Ursache für häufiger vorkommende angeborene Deformitäten eine Rolle spielen könnten. H. Vogt.

P. Jödicke (Stettin). *Die differentialdiagnostische Abgrenzung einiger Krampfformen durch das Blutbild.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 20.)

Jödicke berichtet, daß epileptische Anfälle von einer Leukozytose gefolgt sind, die selbst bei leichtesten Petit mal-Anfällen nicht fehlt. Sie ist am stärksten bei schweren Anfällen beziehungsweise Krampfserien. Sie schwindet bereits 10 bis 20 Minuten später. Bei hysterischen Anfällen fehlt die Steigerung der Leukozyten. Es ist also durch die Prüfung auf Leukozytose eine Handhabe geboten, epileptische und hysterische beziehungsweise simulierte Krämpfe zu unterscheiden. Die Ursache der Leukozytose ist unbekannt; wahrscheinlich stellt sie eine Schutzmaßregel des Organismus dar.

Klotz.

O. Foerster (Breslau). *Das phylogenetische Moment in der spastischen Lähmung.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, L, S. 1217 u. 1255.)

Interessante Zusammenstellung früherer und neuerer Beobachtungen aus der Symptomatologie der spastischen Lähmungen. Bei den spastischen Kontrakturen interessieren zunächst die beiden Fragen, warum überhaupt die Glieder durch abnorme Muskelspannung und warum sie oft in so merkwürdigen Stellungen fixiert werden, die von der Ruhelage der Glieder in der Norm erheblich abweichen. Es verfallen diejenigen Muskelgruppen der spastischen Kontraktur, deren Insertionspunkte angenähert sind. Für die Verteilung der Kontrakturen ist die Lagerung der Glieder maßgebend, zum Teil einfach die passive Lagerung, wie sie durch die Schwere bedingt wird, zum Teil kommt aktive Muskeltätigkeit in Betracht, durch welche die Glieder in bestimmte Stellungen gebracht werden, aus denen sie wegen der Lähmung der Antagonisten nicht wieder herausgebracht werden können. In der Hauptsache kommt als stellunghemmender Faktor unwillkürliche Muskeltätigkeit in Betracht, welche auf Innervationen beruht, die von den subkortikalen Zentren

und dem spinalen Grau den Muskeln zugehen. Nach einer kurzen Schilderung der typischen Kontrakturstellungen kommt Foerster auf die typischen Bewegungssynergien und Reflexsynergien, wie sie bei spastischen Lähmungen beobachtet werden. Die willkürlichen Bewegungen eines Gliedabschnittes oder der einzelnen Extremität sind nicht mehr möglich, statt dessen erfolgen immer ganz typische, zusammengesetzte Bewegungen aller Gliedabschnitte der betreffenden Extremität, ja unter Umständen aller 4 Extremitäten, des Rumpfes und des Kopfes zusammen. Diese Synergien ebenso wie die typischen Kontraktionsstellungen bei den spastischen Lähmungen werden im allgemeinen auf eine gesteigerte reflektorische oder peripherogene Erregbarkeit der subkortikalen Zentren und des Rückenmarkgraus infolge des Fortfalles des Pyramidenbahneinflusses zurückgeführt. Diese Erklärung reicht aber nicht aus. Nun finden sich aber genau dieselben Kontrakturstellungen und dieselben Bewegungssynergien beim neugeborenen Kinde sowie beim Kinde während der ersten Lebensmonate. Foerster hat sie als die spezifische subkortikale Lage und spezifische subkortikale Kinetik bezeichnet. Den spastischen Lähmungen und dem neugeborenen Kind ist das Fehlen der Pyramidenbahn gemeinsam.

Die spezifische subkortikale Lage und die spezifischen Bewegungen haben eine phylogenetische Bedeutung. An der Hand von Abbildungen zeigt Foerster, daß bei spastischen Lähmungen durch die Kontrakturen diejenigen Muskeln bevorzugt werden, welche beim Affen in der ruhigen Kletterhaltung innerviert werden müssen und daß die Bewegungssynergien entschieden in ihrer Form eine große Ähnlichkeit mit den Kletterbewegungen der Affen haben. Die Übereinstimmung tritt noch deutlicher hervor, wenn man das Liegen, Sitzen, Stehen und Gehen bei spastischen Lähmungen ins Auge faßt. Es zeigt sich deutlich, daß auch die Bewegungsvorgänge bei den spastischen Lähmungen im weitesten Umfange die phylogenetische Reminiszenz an den Kletterakt zum Ausdruck bringen. Diese beruht auch wieder auf dem funktionellen Wiedererwachen der subkortikalen Zentren infolge des Pyramidenbahnfortfalles.

Keller (Berlin).

A. L. Dynkin. *Zur Pathogenese und Klinik der zerebralen postdiphtherischen Lähmungen.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXVIII, Ergänzungsheft, S. 267—287.)

Neben einer ausführlichen Besprechung der zugehörigen Kasuistik aus der Literatur berichtet Verf. über 2 eigene Beobachtungen von Hemiplegie nach Diphtherie. Die zerebralen Lähmungen nach Diphtherie kommen nur bei schweren mit Herzschwäche verlaufenden Fällen vor, und zwar meist in der 3. bis 4. Krankheitswoche. Sie gehen oft einher mit Parese des Fazialis und Hypoglossus und mit Aphasie. Die Ursache ist gewöhnlich eine Embolie, deren Entstehung durch Herzthrombose begünstigt wird, seltener eine Thrombose der Hirngefäße. Bisher liegen keine sichergestellten Beobachtungen

vor, in denen die Symptome der Hemiplegie nach Diphtherie auf eine Enzephalitis zurückzuführen waren. H. Vogt.

Tom A. Williams. *Hysterical phobia in a child; the principles of the treatment.* (Brit. Journ. of childr. dis., April 1913.)

Ein Knabe von 8 Jahren, von seiner hysterischen Mutter überängstlich erzogen, bekam regelmäßig Angstzustände, wenn er allein war; dabei behauptete er, „ein wildes Tier" zu sehen. Durch allmähliches Gewöhnen an das Alleinsein gelang es, die Zustände zu beseitigen. Besprechung der therapeutischen Methoden, von denen Verf. die Suggestion mit oder ohne Hypnose am niedrigsten einschätzt.

Eckhardt.

Bellingham Smith. *Some cases of mental deficiency.* (Brit. Journ. of childr. dis., Juni 1913.)

Vortrag mit Krankendemonstrationen. Verf. bildet 3 Gruppen: In die 1. gehören alle angeborenen Entwicklungsfehler des Gehirns, in die 2. alle erworbenen, in die 3. alle geistigen Defekte, die durch Fehlen eines Sinnes (auch infolge Verlustes durch Krankheit) oder gewisser innerer Sekretionen entstanden sind. Verf. bespricht zunächst Fälle aus der 3. Gruppe und demonstriert Heilungen von Kretinismus durch frühzeitige Behandlung mit Thyreoidextrakt. Es folgen einige Mongoloide junger Kinder; Verf. erwähnt ihre schlechten Aussichten quoad vitam (die meisten sterben in den ersten Lebensjahren) und quoad sanationem (die Überlebenden bleiben imbezill). Dasselbe gilt von den Mikrozephalen. Es folgen Demonstrationen von Patienten mit paralytischer oder sklerotischer Idiotie und schließlich von solchen mit „einfacher primärer Amentia". Eckhardt.

Kellner (Alsterdorf). *Die mongolische Idiotie.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 14.)

Der Artikel bringt nichts Neues. Verf. meint, daß Herzschwäche für alle Mongolen typisch und der Hauptgrund ihrer Widerstandslosigkeit gegen jedwede Erkrankung, insonderheit Tuberkulose sei. Er fordert dazu auf, dem Mongolismus größere Aufmerksamkeit zu schenken, da derselbe seiner Meinung nach in Stadt und Land im Zunehmen begriffen sei. Klotz.

Tom A. Williams. *Fälle von Psychasthenie bei Kindern, zur Illustration ihrer erfolgreichen Behandlung.* (Americ. Journ. med. scienc., Bd. CXLIV, S. 865.)

Die vom Verf. als Psychasthenie geschilderten Fälle wiesen nervöse Störungen verschiedener Art auf, die durch psychische Schädigungen ausgelöst waren und heilten, nachdem diese ausgeschaltet waren. Diese Krankheitsbilder sind den Ärzten nach der Erfahrung des Verf. nicht genügend bekannt, weil sie in Lehr-

buchern keine ausreichende Berücksichtigung finden — was auch für unsere Verhältnisse zutreffen dürfte. H. Vogt.

Psychologie und Psychopathologie.

Jacoby. *The Montessori method from the physician's viewpoint.* (Die Montessorische Unterrichtsmethode vom ärztlichen Standpunkt.) (Med. Rec., 19. April 1913.)

Die pädagogische Literatur ist reich, die medizinische dagegen arm über diesen Gegenstand, obgleich die Methode auf physiologischen sowie psychologischen Grundsätzen ruht. Verf. meint indes, daß sie bloß den ersten Schritt in einer neuen Richtung darstellt und daß der Unterricht der Zukunft dem Individuellen angepaßt sein und seine geistigen Fähigkeiten zu wecken suchen wird, statt wie bisher eine Million Kinder einer traditionellen Schablone zu unterwerfen.

Wachenheim (New York).

Stoffwechselkrankheiten.

Morse. *Diabetes in infancy and childhood.* (Diabetes im Kindesalter.) (Boston Med. and Surg. Journ., 10. April 1913.)

Verf. berichtet über 19 eigene Fälle. Vererbung war mehrmals nachweisbar, übermäßiger Zuckergenuß ein häufiges Moment, Polyurie gewöhnlich das erste auffallende Symptom. Bloß wenige Patienten lebten länger als einige Monate, 2 über 2 Jahre. Die Glykosurie ist nie zu beseitigen und die Prognose ist äußerst ungünstig. Fälle von mäßigem oder gar leichtem Typus bilden die Ausnahme.

Wachenheim (New York).

H. Aron. *Ein Fall von Pentosurie im frühen Kindesalter.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XI, S. 177.)

Bei einem 5jährigen Knaben, der vorübergehend an migräneartigen Kopfschmerzen litt, sonst aber keine Krankheitssymptome zeigt, findet sich dauernd im Harn Reduktion Fehlingscher Lösung, bei negativer Gärprobe und optischer Inaktivität aber positiver Orzinsalzsäure- und Phlorogluzinsalzsäurereaktion. Auf die Anwesenheit von inaktiver d-l-Arabinose im Harn wird aus den Eigenschaften des dargestellten Phenylosazons sowie der Hydrazonbildung mit Diphenylmethandimethyldihydrazin (nach v. Braun)

geschlossen. Die in 24 Stunden ausgeschiedene Menge der Pentose beträgt etwa 2 g entsprechend einem Zuckergehalt des Harnes von rund ½%. Die Größe der Zuckerausscheidung wird durch Änderungen des Ernährungsregimes (milch- respektive obstfreie Kost) nicht beeinflußt und besteht auch nach Monaten noch unverändert. Obwohl Fälle von Pentosurie in so frühem Kindesalter noch nicht beobachtet sind, darf wohl, nach dem Charakter dieser beim Erwachsenen ganz harmlosen Stoffwechselanomalie zu urteilen, auch beim Kinde — im Gegensatz zum echten Diabetes — eine günstige Prognose gestellt werden. Aron.

F. Parkes Weber. *Multiple calcification („calcinosis") in the subcutaneous tissue.* (Brit. Journ. of childr. dis., März 1913.)

Mädchen von 7 Jahren mit multiplen harten Knoten im subkutanen Gewebe an den Extremitäten und den denselben benachbarten Teilen des Rumpfes, die sich chemisch als Verkalkungen erweisen; im übrigen kein irgendwie erheblicher pathologischer Befund. Die Knoten bestehen seit zirka einem Jahre. Sie neigen zur Verwachsung mit der Haut, Entzündung und Durchbruch unter Eiterung. Ätiologisch kommt weder Lues noch Tuberkulose in Betracht: mikroskopisch kein Anhaltspunkt, Wassermann und Pirquet negativ. Keine Myositis ossificans. 3 Röntgen-, 1 mikroskopische Abbildung.

Eckhardt.

Desagher. *La maladie de Barlow-Relation de 8 cas. Essai de traitement prophylactique.* (Barlowsche Krankheit. Bericht über 8 Fälle. Versuch mit prophylaktischer Behandlung.) (Scalpel. 1. Dezember 1912.)

Um den infantilen Skorbut zu vermeiden, gibt Verf. den Säuglingen vom sechsten Monat an, und zwar besonders denjenigen, welche mit sterilisierter, maternisierter Milch oder ähnlichen Nahrungsmitteln ernährt werden, 2 bis 6 Kaffeelöffel Traubensaft pro Tag und gegen den 7. Monat 1 bis 3 Kaffeelöffel Bananenkompott.

Philips (Antwerpen).

Wachstumskrankheiten und Wachstumsstörungen.

E. Schloss (Rummelsburg). *Zur Behandlung der Rachitis mit Lebertran, Kalk und Phosphor auf Grund von Stoffwechselversuchen.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 31, S. 1505—1508.)

Bei 3 natürlich ernährten rachitischen Kindern war Phosphorlebertran von ungünstiger Einwirkung auf den Kalk- und Phosphorstoffwechsel, dagegen bei gleichzeitiger Darreichung von Kalksalzen, die an sich unwirksam sind, wurde besonders die Kalkbilanz stark gehoben. Besonders günstigen Einfluß auf Kalk- und Phosphor-

stoffwechsel übte eine Kombination des Lebertrans mit organischen Phosphorkalkverbindungen und sogar auch mit Kalziumphosphat.

Nagel-Hoffmann (Berlin).

D. Berry Hart. *Über den Druck, dem der Fötus in der Schwangerschaft ausgesetzt ist, mit besonderer Beziehung zur Achondroplasie. (Chondro-Dystrophia foetalis.)* (Edinburgh med. Journ. N. S. X., S. 496—501.)

Gegen die Theorie von Murk Jansen, wonach die Chondrodystrophie durch einen Druck der Amnionflüssigkeit oder des Amnions auf die befallenen Teile des kindlichen Körpers entstehen sollte, sind gewichtige Einwände zu erheben. Der Druck der Amnionflüssigkeit richtet sich gleichmäßig auf alle Teile des Kindeskörpers. Der Embryo steht nicht nur unter dem Druck der Amnionflüssigkeit, sondern ist daneben dem allgemeinen intraabdominalen Druck ausgesetzt, gegen den Druckschwankungen des Fruchtwassers an Bedeutung nicht in Betracht kommen.

Ein mechanischer Druck, der nur bestimmte Teile des Körpers angreift, ist für die Zeit der 3. bis 4. Woche nicht vorstellbar. Aber selbst wenn man ihn als möglich annehmen wollte, so ist schwer zu verstehen, warum die Schädigung sich auf ganz bestimmte Teile des Skeletts beschränkt, nämlich diejenigen, deren Wachstum im Fötalleben in erster Linie von der endochondralen Verknöcherung abhängig ist.

H. Vogt.

Haut.

Bernhard Bendix. *Zur Behandlung des Ekzems junger Kinder.* (Therap. Monatshefte, Mai 1913, S. 350.)

Empfehlung einer 2%igen Pellidol-Vaselinsalbe. Pellidol ist ein dem Scharlachrot verwandtes ungiftiges Präparat. Die Applikation ist die sonst gebräuchliche, doch brauchen die Borken vorher nicht abgelöst werden. Nässende Ekzeme trocknen rasch ein, bei schuppenden hört die Schuppung auf, bei allen Formen läßt der quälende Zuckreiz nach. Bendix sah noch von keinem anderen Präparate eine so schnelle und dauernde Heilwirkung bei chronischem, besonders krustösem Gesichtsekzeme junger Kinder. Selbstredend darf die diätetische Behandlung nicht unberücksichtigt bleiben, hauptsächlich insofern, als magere und unterernährte Kinder in ihrem Ernährungszustande gehoben, fette, pastöse in ihrer Entwicklung gehemmt werden.

Zuppinger (Wien).

Harriehausen. *Autovakzination der Säuglingsfurunkulose.* (Therap. Monatshefte, Febr. 1913, S. 106.)

Nach einleitender Erklärung der Wrightschen Lehre und der Technik der Vakzinebereitung teilt Harriehausen 7 Kranken-

geschichten mit, aus denen die vorzügliche Wirkung der Autovakzination bei der Säuglingsfurunkulose ersichtlich ist. Nach der 2. oder 3. Injektion treten keine neuen Furunkel auf und die bestehenden entwickeln sich nicht weiter. Die Dosierung, beginnend mit 10 Millionen Staphylokokken, steigend in 10 Injektionen bis zu 100 Millionen mit Pausen von je 5 Tagen, scheint die beste Schnellwirkung und möglichst ausgedehnte Dauerwirkung zu erzielen. Zum Schlusse weist Harriehausen auf die käufliche polyvalente Staphylokokkenvakzine hin, mit der ebenfalls in vielen Fällen Erfolge zu erzielen sind. Zuppinger (Wien).

Schmid. *Über multiple benigne Hauttumoren.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XII, S. 443.)

Beschreibung eines Falles von Hauttumorenerkrankung bei einem aus gesunder Familie stammenden 11jährigen Jungen.

Das Krankheitsbild hat in bezug auf Aussehen und Verlauf ($1^1/_4$jährige Beobachtung) viele Ähnlichkeit mit dem Boeckschen Sarkoid. Histologisch lassen sich aber mit ziemlicher Sicherheit sowohl Boecksches Sarkoid als auch, was ebenfalls noch in Frage käme, Tuberkulide ausschließen.

Es handelt sich um Tumoren von einem eigenartig fibromähnlichen Aufbau, wie er bei den bis jetzt beschriebenen Fällen multipler benigner Hautgeschwülste noch nicht gefunden wurde.

Im Blute ließen sich säurefeste Stäbchen nachweisen.

Autoreferat.

Auge.

R. Sussmann (Berlin). *Ein Beitrag zur Kenntnis der Einschlußblennorrhöe der Neugeborenen.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 32, S. 1545—1548.)

Sussmann fand in beinahe der Hälfte der von ihm beobachteten Blennorrhöen als Erreger die Prowazek-Halberstädterschen Einschlüsse. Diese Einschlußblennorrhöen haben längere Inkubationszeit, andersartiges Sekret, stärkere Neigung zu Blutungen, schleppenderen Verlauf als die gonorrhoischen und greifen die Kornea nicht an. Die einfachen Katarrhe der Neugeborenen sind keine Einschlußerkrankungen. Nagel-Hoffmann (Berlin).

Orthopädie.

F. Göppert. *Die Pflege des muskelschwachen Rückens im Spiel- und Schulalter.* (Therap. Monatshefte, Febr. 1913, S. 115).

Nach einleitender Erklärung der Ursachen und Folgen des muskelschwachen Rückens bezeichnet Göppert die ärztlichen Aufgaben zur Heilung desselben folgendermaßen:

1. Die Kinder die gerade Haltung zu lehren, so daß sie das richtige Muskelgefühl wieder gewinnen.
2. Durch Übung der gesamten Rücken- und Bauchmuskulatur die längere Einhaltung der richtigen Stellung zu ermöglichen.
3. Etwa bestehende Versteifungen in Torsionstellung zu mobilisieren.
4. Die Beweglichkeit und Neigung zu Bewegung des Schultergürtels zu vermehren, damit nicht jede Armbewegung eine fehlerhafte Hilfsbewegung des Rückens zur Folge hat.
5. Bei alledem das Kind nicht zu überanstrengen und es schließlich zu einem muskel- und bewegungsfrohen Menschen zu erziehen.

Daran schließt sich die nähere Besprechung der erforderlichen Übungen mit Demonstrierung derselben an Bildern, dann die Prophylaxe der Muskelschwäche im Säuglings- und ersten Kindesalter. Die Arbeit ist sehr lesenswert und verdient den Dank der Pädiater, die wohl wissen, daß diesem wichtigen Gebiete noch viel zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. Zuppinger (Wien).

Mißbildungen.

Hermanides. *Dextrokardie.* (Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1913, I, S. 1471.)

Bei einem Kinde mit Dextrokardie und Situs inversus viscerum (bestätigt durch die Röntgenuntersuchung) wurde durch Einthoven das Elektrokardiogramm gemacht. Hierbei ergab sich, daß statt der Gipfel, welche im normalen Kardiogramm durch die Vorhöfe- und Kammerkontraktion entstehen, sich in diesem Falle Vertiefungen vorfanden, so daß das Kardiogramm ein Spiegelbild des normalen bildete. Dieser Befund stimmt also überein mit der Meinung Nicolais, der behauptet, daß bei Situs inversus viscerum nicht nur die Lage des Herzens, sondern auch sein Erregungsverlauf und der Verlauf seiner Fibrillen sich umgekehrt verhalten. Graamboom.

Jonkers. *Ein Fall von Situs transversus viscerum.* (Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1913, I, S. 1476.)

Beschreibung eines Falles von Dextrokardie mit Situs inversus viscerum (bestätigt durch die Röntgenuntersuchung).

Graanboom.

Lewis Thatcher. *Ein Fall von angeborenem Defekt der Bauchmuskeln, mit Anomalie des Harnapparates.* (Edinburgh. med. Journ., Bd. XI, S. 127—134.)

Bei einem 3 Wochen alten Kinde fand sich eine seit der Geburt bemerkte Anomalie der Bauchwand, nämlich ganz abnorme Weite und Schlaffheit. Die Bauchdecken wiesen sehr ausgeprägte Längsfalten auf, in deren Tiefe die Haut narbig verändert war wie bei hochgradigen Striae gravidarum. Die Bauchwand legte sich so an die Bauchorgane an, daß deren Relief sich vollkommen abzeichnete. Am aufgerichteten Kind legten sich die Bauchdecken in weite Querfalten. Selbst beim Schreien boten die Bauchdecken nicht den geringsten Widerstand, so daß alle Bauchorgane mit Leichtigkeit abzutasten waren. Die Blase reichte im gefüllten Zustande bis zum Nabel. Störungen der Harnentleerung wurden nicht beobachtet. Im Alter von 2 Monaten erlag das Kind einer Bronchopneumonie. Die Obduktion ergab, daß die Bauchmuskeln so gut wie ganz fehlten; von den Recti waren nur einige Fasern an der oberen Ansatzstelle des Muskels vorhanden.

Die Blase zeigte sich enorm vergrößert, mit stark verdickter Wand. Diese Verdickung war nach der mikroskopischen Untersuchung auf Zunahme fibrösen Gewebes zurückzuführen. Die Spitze der Blase war durch den etwa 12 cm langen Urachus mit dem Nabel verbunden. Beide Uretheren erwiesen sich als stark erweitert und gewunden, mit verdünnter Wandung, nur der in der Blasenwand gelegene Abschnitt war eng. Die rechte Niere war ausgesprochen, die linke nur wenig verändert im Sinne einer Hydronephrose. Die Testikel lagen dicht unterhalb der Nieren.

In der Literatur hat der Verf. nur 13 entsprechende Fälle aufgefunden, die sämtlich männliche Individuen betrafen. Die Entstehung der Blasenhypertrophie ist nicht aufgeklärt. Der Ausfall an Muskulatur der vorderen Bauchwand ist wahrscheinlich auf Steigerung des intraabdominalen Druckes während der Fötalzeit infolge der Vergrößerung der Blase zurückzuführen. H. Vogt.

Hygiene und soziale Medizin.

Methorst. *Säuglingssterblichkeit in den Niederlanden.* (Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1913, I, S. 1061.)

Während die Niederlande, was die Mortalität anbetrifft, unter den 24 europäischen Staaten eine sehr günstige Rangnummer einnehmen (nur 4 Länder haben eine geringere Mortalität), ist die Säuglingssterblichkeit in 7 Staaten niedriger als in Holland.

Die Säuglingssterblichkeit, ebenso wie die Mortalität für jedes Lebensalter gesunken und seit 1871 regelmäßig und schnell ver-

mindert, bildet jetzt doch noch den fünften Teil der Gesamtmortalität. Unter den Säuglingen sterben noch immer 23% unter 4 Wochen und 45 bis 47% im Alter von mehr als 3 Monaten. Merkwürdig ist, daß das Verhältnis zwischen den jünger als 1 Monat Gestorbenen zu der Zahl der jünger als 1 Jahr Verstorbenen größer wird, je weniger Einwohner die Gemeinde zählt, eine Folge wahrscheinlich von der weniger guten Pflege der Säuglinge auf dem platten Lande.

Wie dies auch schon für Sachsen festgestellt wurde, fand auch Methorst in Holland ein Maximum der Mortalität des ersten Monates in den ersten 3 und am 16. bis 17. Lebenstage.

In der Periode 1903 bis 1907 starben 33% an Magendarmkatarrh, 15% an Erkrankungen der Atmungsorgane, 14% an angeborener Körperschwäche und 10% an Krämpfen.

Seit 1903 sinkt die Säuglingsmortalität auf dem platten Lande stets weniger als in den Städten.

Methorst berichtet weiter über die Ergebnisse einer diesbezüglichen Sammelforschung im Haag, bei allen 1908 geborenen Säuglingen nach der Mortalität und zugleich nach den verschiedenen, diese beeinflussenden Faktoren, so wie Ernährungsweise, Pflege, Wohnungszustand, Geschwisterzahl usw. (S. a. von Wely, Diese Monatschr., Ref. 1911, S. 366.)

Bei dieser Untersuchung hat sich u. a. folgendes ergeben:

Von den etwa 7000 im Jahre 1908 Geborenen starben 9·61% jünger als 1 Jahr. Von diesen waren: a) 5100, welche seit der Geburt kürzer oder länger nur an der Brust ernährt waren, mit 6·98% Mortalität, b) 508 seit der Geburt mit Allaitement mixte und 7·68% Mortalität und c) 1311 seit der Geburt nur künstlich ernährt mit 17·77% Mortalität.

Es ergab sich daher, daß die Mütter, die gleich nach der Geburt den Versuch machten, ihr Kind zu stillen, dies schon dadurch in die günstige Gruppe a) bringen. Diese sinkt bis 6·32%, 4·76% und 3·44%, wenn das Kind mindestens 1 Woche, 1 Monat respektive 2 Monate ausschließlich mit der Brust ernährt wird.

Pflege: Bei den seit der Geburt künstlich Ernährten war bei schlechter Pflege 25·7%, bei guter Pflege 12·5%, bei Brustkindern mit guter Pflege 3·6%, mit schlechter 10·4% Mortalität.

Wohnung. Bei Brustkindern mit guter Wohnung 4·5%, in schlechter Wohnung 11%, bei ausschließlich künstlich Ernährten 13 respektive 20% Mortalität.

Geschwisterzahl: Die Mortalität steigt mit der Kinderzahl.

Wohlstand. Der bekannte Einfluß.

Morbidität. Diese war bei der Gruppe a) 57%, bei c) 84%. Ernährungsstörungen fanden sich in a) 28%, in b) 37% und in c) 48%. Von ernsteren Ernährungsstörungen fanden sich in a) 4%, in b) 12% und in c) 34%. Von den Ernährungsstörungen starben in a) 8%, in b) 22% und in c) 85%.

Frequenz des Stillens. Diese sank bei Verbesserung des Wohlstandes. Es bleibt fraglich, ob diese Erscheinung dem Unvermögen oder vielmehr dem Mangel an Stillwillen zuzuschreiben ist.

Bemerkenswert ist noch, daß die Zahl der Stillenden mit dem Alter sinkt. So stillten z. B. 89% der Mütter von 16 bis 19 Jahren und 72% von 30 bis 40 Jahren alt. Eine Stilldauer von 10 bis 12 Monaten kam weniger (31 bis 34%) vor bei Erst- und Zweitgeburten als bei Drei- und Mehrgeburten. Graanboom.

Referate aus der finnländischen pädiatrischen Literatur aus dem Jahre 1912.

Zusammengestellt von **Dr. Albert de la Chapelle** (Helsingfors).

Edvin Roos. *Über interne Behandlung adenoider Vegetationen mittels Jodkaliums.* (Finska läkaresällskapets handlingar, LIV, Februar. Deutsches Referat.)

Verf. teilt einen ein Kind betreffenden Fall von adenoiden Vegetationen mit, in welchem, bei lediglich interner Behandlung mittels Jodkaliums, vollständige Heilung eingetreten ist, und verweist auf einen mit dieser internen Behandlung der Affektion sich beschäftigenden Artikel von Lucas-Championnière im Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 25. Jänner 1902.

Axel Codercreutz. *Über Ekzem und Ekzembehandlung.* (Daselbst. April.)

Übersichtsartikel.

E. A. Homén. *Ein Fall von Meningitis serosa interna.* (Daselbst. Mai.)

Demonstration eines Mädchens von 11 Jahren in der Sitzung der Gesellschaft der finnländischen Ärzte am 27. April 1912. Die seit dem Herbst 1908 bestehenden Symptome der Krankheit waren durch eine einzige Lumbalpunktion (20. November 1911) bedeutend gebessert worden, indem die Anfälle von schweren Kopfschmerzen und Bewußtlosigkeit nicht mehr auftraten, der Gang sicherer und das Körpergewicht erheblich höher geworden waren. Die bereits im Anfang der Krankheit entstandene Optikusatrophie war leider nicht mehr einer Behandlung zugänglich. Ob in diesem Falle die Krankheit als ein rein primärer beziehungsweise idiopathischer Hydrocephalus internus acutus oder als eine akute Exazerbation der Residuen einer kongenitalen Krankheit aufzufassen sei, kann nicht mit Sicherheit entschieden werden.

Max Björkstén. *Über Serumbehandlung von Scharlach.* (Daselbst. Juni, Deutsches Referat.)

Verf. berichtet über 79 in der Epidemieabteilung des städtischen Marien-Krankenhauses zu Helsingfors mit Mosers Serum behandelte Fälle von Skarlatina. Das Serum wurde teils subkutan, teils intravenös eingespritzt.

In der Regel ist nach diesen Injektionen, namentlich den intravenösen, ein bedeutender Temperaturabfall erfolgt; dieser betrug einmal nicht weniger als 4·9°. Zuweilen ist die Temperatur gleich nach der Injektion zuerst gestiegen und in einem Teil der Fälle ist, nach einem gleich darauf folgenden heftigen Temperaturabfall, wiederum eine über die nächsten Tage sich ausdehnende Steigerung eingetreten.

Gewöhnlich machte sich bald nach den Einspritzungen — abgesehen von den rasch vorübergehenden, auf Anaphylaxie beruhenden Störungen, die indessen manchmal sehr unliebsam sein konnten — im Allgemeinzustand der Kranken eine auffällige Besserung bemerkbar. Auch der Puls wurde besser, seine Frequenz nahm häufig ab und Patienten, welche vor der Injektion unruhig und mitgenommen gewesen waren, zeigten sich am Tage nach derselben ruhig und zufrieden und verlangten zu essen.

Wo das Serum intravenös eingespritzt wurde, waren seine Wirkungen kräftiger, allein es traten in mehreren Fällen, auch ohne daß der Patient wissentlich vorher irgend welche Serumeinspritzung erhalten hatte, ernste anaphylaktische Störungen ein, wie: schwer angegriffener Allgemeinzustand mit sehr schwachem und beschleunigtem Pulse, Zyanose und in einem Falle Atmungsschwierigkeit. Die gleichen Symptome traten auch nach subkutaner Injektion von 200 cm³ Serum bei einem Kinde auf, welches 24 Tage vorher Diphtherieserum erhalten hatte. Diese Erscheinungen verschwanden jedoch nach Darreichung stimulierender Mittel sowie warmen Bädern.

Verf. ist der Ansicht, daß dieses Serum (in Gaben von 100 bis 200 cm³) in schweren Fällen anzuwenden ist und daß es in verzweifelten Fällen intravenös einverleibt werden kann.

Herman von Willebrand. *Pituitrin gegen Kreislaufstörungen bei Diphtherie.* (Daselbst, Juni, Deutsches Referat.)

Verf. hat in der Epidemieabteilung des städtischen Marien-Krankenhauses zu Helsingfors Hypophysenextrakt, nämlich Pituitrin Parke, Davis & Co.) in 20 Fällen von Herzschwäche mit herabgesetztem Blutdruck bei Diphtheriekranken angewendet. In 2 von diesen Fällen hat das Mittel nicht den erwünschten Effekt gehabt; in sämtlichen übrigen Fällen ist aber das Resultat ein ausgezeichnetes gewesen.

Es scheint nach Verf. Meinung angezeigt, bei der Behandlung schwerer Diphtheriefälle, außer großen Serumdosen (und bei Bedarf gewöhnlichen Herzmitteln), Hypophysenextrakt, und zwar das letztere prophylaktisch, anzuwenden.

M. Savolin. *Ein Beitrag zur Kenntnis des Erythema nodosum.* (Daselbst, Juli, Deutsches Referat.)

Dem Aufsatze sind 61 auf Fälle von Erythema nodosum bezügliche Krankengeschichten aus der medizinischen Universitätsklinik zu Helsingfors beigegeben, von welchen 16 Kinder betreffen.

Gestützt sowohl auf eigene Beobachtungen als auch auf solche anderer Autoren, ist Verf., welcher sich der Anschauung E. Hoffmanns anschließt, wonach sich die betreffende Affektion in eine idiopathische, eine symptomatische und eine medikamentöse oder toxische Form einteilen läßt, zu der Ansicht gelangt, daß die idiopathische Form des Erythema nodosum eine den akuten Exanthemen nahestehende Infektionskrankheit, obzwar von geringer Kontagiosität ist.

Symptomatisch tritt die Affektion im Anschluß an zahlreiche Krankheiten auf, unter denen Syphilis, Tuberkulose und Gelenksrheumatismus besonders zu nennen sind. Die Beziehungen des Erythema nodosum zur Tuberkulose sollen doppelter Art sein, indem die idiopathische Form zuweilen eine bestehende Tuberkulose aktivieren soll, während die symptomatische ein Zeichen einer bestehenden Tuberkulose sein kann.

Im übrigen ist Verf. der Ansicht, daß nur eine geringere Anzahl Fälle von Erythema nodosum irgend welche Beziehung zu einer Tuberkulose darbieten und daß in den meisten Fällen der in Rede stehenden Krankheit eine günstige Prognose zu stellen ist.

Max Oker-Blom. *Über Körperlängen- und Gewichtsverhältnisse der Helsingforser Volksschulkinder.* (Daselbst, Oktober, Deutsches Referat.)

Die Untersuchung bezieht sich auf die Altersperiode von 7 bis 14 Jahren, und das Untersuchungsmaterial wird innerhalb jeder Altersgruppe von 200 bis 300 Kindern dargestellt; eine Ausnahme bildet jedoch die Altersgruppe von 13 bis 14 Jahren, wo das Material nur 60 bis 80 Kinder umfaßt. Gegenstand der Beobachtung waren: die Körperlänge, das Körpergewicht sowie der Brustumfang bei tiefer Inspiration und bei tiefer Exspiration. Da nur solche Kinder berücksichtigt werden, deren Gesundheitsschein keine Notizen über irgend welche krankhaften Störungen, sei es allgemeiner, sei es lokaler Natur, aufwies, so repräsentiert dieses Material somit einen Sachverhalt, wie er sich, unter den in Helsingfors obwaltenden Verhältnissen, bei gesunden, im Volksschulalter stehenden Kindern darbietet.

Die Grenzen der normalen Schwankungen der Körperlänge und des Körpergewichtes wurden für die verschiedenen Altersgruppen je durch die Maße der höchsten beziehungsweise niedersten Längen- und Gewichtskategorien ermittelt, denen noch eine einigermaßen große Anzahl Individuen der betreffenden Altersgruppen zufiel.

Aus einem Vergleich der vom Verf. gefundenen Daten mit entsprechenden Angaben aus Deutschland geht hervor, daß die Körperlänge der Helsingforser Volksschulkinder — sowohl der Knaben wie der Mädchen — diejenige der deutschen Schulkinder je entsprechenden Alters nicht unwesentlich übertrifft, und zwar bezieht sich dies in erster Linie auf die obere Grenze der normalen Schwankungen.

Hinsichtlich des Körpergewichtes sei hervorgehoben, daß die Helsingforser Kinder unerheblich weniger wiegen als die entsprechend alten deutschen und schwedischen (Sundsvaller) Schulkinder; indessen beträgt die Differenz im allgemeinen selten mehr als einige hundert Gramm pro Kind.

Bezüglich der genauen Zahlen des Verf. sowie auch besonders gewisser Regelmäßigkeiten, welche die bei beiden Geschlechtern im Alter von 7 bis 14 Jahren zu beobachtende jährliche Zunahme der Körperlänge und des Körpergewichtes betreffen, und welche im wesentlichen mit Verhältnissen übereinstimmen, die schon früher, auf Grund in anderen Ländern angestellter Erhebungen, bekannt sind, sei auf den Originalaufsatz und das demselben beigegebene deutsche Referat verwiesen.

Arthur Clopatt. *Über alimentäres Fieber bei Säuglingen.* (Daselbst, Oktober.)

Übersichtlicher Vortrag in der allgemeinen Sitzung der Gesellschaft der finnländischen Ärzte am 21. September 1911.

Albert de la Chapelle. *Über Spasmophilie.* (Daselbst, Dezember.) Übersichtsartikel.

M. af Heurlin. *Wann soll das Kind geimpft werden?* (Duodecim, XXVIII, Nr. 5.)

Verf. empfiehlt aus mehreren Gründen die Pockenimpfung der Neugeborenen, besonders in Entbindungsanstalten.

Ensio Alho. *Über die Ätiologie der Poliomyelitis.* (Daselbst, Nr. 10.) Übersichtsartikel.

Besprechungen.

B. Salge. *Einführung in die moderne Kinderheilkunde.* (Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, Berlin, 1912.)

Die vorliegende 3. Auflage ist nach 2 Jahren auf die zweite gefolgt — das Buch hat also seinen Leserkreis gefunden. Wegen des Inhaltes kann auf die Besprechungen der früheren Auflagen (diese Monatschr., 1910, Bd. 9, S. 478) verwiesen werden, von denen sich die neueste nur durch „einige Erweiterungen und durch neuere Ergebnisse gebotene Änderungen" unterscheidet. H. Vogt.

E. Stier. *Wandertrieb und pathologisches Fortlaufen bei Kindern.* Aus: Sammlung zwangloser Abhandlungen zur Neuro- und Psychopathologie des Kindesalters.) (Herausgegeben von Doz. Dr. Stier, Berlin, Bd. I, Heft 1—3.) (Jena, Gustav Fischer, 1913, 135 Seiten, 3·60 Mk.)

Nachdem im vorigen Jahre das große „Handbuch der Nervenkrankheiten im Kindesalter" ohne Mitwirkung — sehr zu seinem Schaden — von Pädiatern konzipiert wurde, ist bei den im Titel angeführten zwanglosen Abhandlungen unter den vier Mitarbeitern doch wenigstens ein Pädiater (Ibrahim) vertreten.

Stier leitet das neue Unternehmen mit einer fleißigen, gewissenhaft durchgearbeiteten Studie ein, zu welcher ihm das überreiche Großstadtmaterial die Grundlage bot. Aus den Ergebnissen hebe ich kurz folgendes hervor: Zu den Wandervögeln stellt das männliche Geschlecht das Hauptkontingent. Am häufigsten findet sich bei den gewohnheitsmäßigen Fortläufern Psychopathie oder Schwachsinn, seltener handelt es sich um Epilepsie (was ich durchaus bestätigen möchte), am seltensten um Hysterie oder Psychosen (Dementia praecox). Irgend ein charakteristisches Moment, aus dem sich während der Poriomanie eine epileptische Grundlage diagnostizieren ließe, konnte nicht ermittelt werden. Am verständlichsten (und in der reinsten Form auftretend, Referent) erscheint das Fortlaufen beim Schwachsinn. „Die von der Außenwelt zuströmenden Sinnesreize" werden durch keine anerzogenen oder spontan entwickelten Hemmungsvorstellungen paralysiert. Der scharfsinnige Durchbrenner gleicht einem Luftballon, er wird ziellos und widerstandslos getrieben. Mit Recht bemerkt Stier, daß oft auch Unluststimmungen Triebfedern des Fortlaufens sind.

Aus der großen Hauptgruppe des psychopathischen Wandertriebs lassen sich drei Untergruppen leidlich herausschälen. Erstens stark affektiv und ängstlich veranlagte Kinder; zweitens Phantasten und drittens ethisch depravierte Elemente (asoziale Naturen, voller Genußsucht und mit Unlust zu jeder Arbeit).

Bei vielen Psychopathen bleibt jedoch das Motiv zur Poriomanie verborgen.

Stier möchte deshalb in gewissen Fällen eine Selbständigkeit des Symptoms nicht von der Hand weisen.

Endlich tritt Flucht in die Welt nicht selten familiär auf bei Geschwistern während der Pubertät oder kurz vor derselben.

Prognose und Behandlung werden kurz beleuchtet.

Klotz (Schwerin).

L. Frank. *Über Angstneurosen und das Stottern.* (Zürich, Art. Institut Orell Füssli, 1912.)

Die kleine Schrift des Züricher Nervenarztes wendet sich an Lehrer und Eltern und will diesen zeigen, daß das Stottern vielfach die Folge eines dauernden, durch Schreckerlebnisse bedingten Angstzustandes ist, der durch irgend ein neu hinzukommendes psychisches Trauma plötzlich verschlimmert wird. „Beim Entstehen des Stotterns verbindet sich in der Schreckhemmung die Angst mit dem Aussprechen von bestimmten Sprachlauten." Die Therapie besteht im Abreagieren der Schreckerlebnisse im hypnotischen Schlafe. An einigen Beispielen wird der Erfolg der Methode gezeigt.

Thiemich (Leipzig).

S. Laache (Kristiania). *Über Schlaf und Schlafstörungen, ihre Ursachen und ihre Behandlung.* (Stuttgart, Ferd. Enke, 60 Seiten.)

Verf. gliedert seine Abhandlung in drei Teile: Allgemeines, Schlafsucht und Schlaflosigkeit. Der Tenor der Ausführungen ist kein trocken wissenschaftlicher, sondern mehr plaudernder, in Vortragsform, kurz und bündig, alles Wichtigste streifender. Die kleine Schrift sei als anregende Lektüre warm empfohlen.

Klotz (Schwerin).

E. Schlesinger (Schularzt in Straßburg, Els.). *Schwachbegabte Kinder.* (Mit 100 Schülergesch. u. 65 Abb.) (Ferd. Enke, Stuttgart 1913, 4·80 Mk.)

Es ist nicht möglich, dem Inhalte dieser Monographie kurz im Referate gerecht zu werden, da sie sich aus hundert und aberhundert kleinen Einzelbeobachtungen, Zahlen usw. zusammensetzt. Mit erstaunlicher Sorgfalt und minutiösem Fleiß hat der Verf. das Material der Straßburger Hilfsschule ärztlich durchforscht und eine Semiotik der körperlichen, intellektuellen und ethischen Entwicklung der debilen Kinder geschrieben. Die Lehre vom jugendlichen Schwachsinn und seiner Erforschung wird von dem hier niedergelegten statistischen Material großen Nutzen ziehen.

Verf. glaubt „schwere, langwierige, unter dem Bilde der Atrophie einhergehende Ernährungsstörungen im Säuglingsalter" in der Anamnese seiner Hilfsschüler ätiologisch hoch bewerten zu müssen. Ob „sicher" und „mit Recht", scheint mir nicht so ohne Zweifel. Dazu bedarf es doch noch überzeugenderen größeren Materials. Daß ich die wirklich interessante Monographie mit Andacht gelesen habe, mag der Autor daraus entnehmen, daß mir die fälschlich nach Halle transponierte Trüpersche Anstalt nicht entgangen ist.

Klotz (Schwerin).

II. Ergänzende Literaturübersicht.

Allgemeines.

Alan Brown. Clinical observations. (Klinische Beobachtungen.) Amer. Journ. of Dis. of Childr., 1912, Bd. IV, S. 265.

Emmett, L. Holt und **P. A. Levene.** General considerations. (Allgemeine Betrachtungen.) Amer. Journ. of Dis. of Childr., 1912, Bd. IV, S. 265.

W. Nicholas Lackey. Pediatric practice in the small towns and country. (Pädiatrische Erfahrungen in kleinen Städten und auf dem Lande.) Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 366.

von Pirquet. Nachruf für Professor Dr. M. Kassowitz. Mitteilungen der Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 135.

Clarence A. Rhodes. A plea for more interest in pediatrics. (Mehr Interesse für Pädiatrie.) Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 505.

Schloßmann. Aus Kindern werden Leute. Mutter u. Kind, 1913, Bd. V, S. 4.

Irving D. Steinhardt. Seven sex talks to boys. (Sieben Gespräche über sexuelle Themata mit Knaben.) Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 161, 223, 290, 375, 440, 516.

Anatomie und Histologie.

N. Kokuschkin. Zur Topographie des Nabels bei Frauen und Neugeborenen. Monatsschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkologie, 1912, Bd. XXXVI, S. 278.

Jean Poizier. Étude radiographique de l'ossification du genou chez le nouveau-né. (Radiographische Studie über die Ossifikation des Knies beim Neugeborenen.) Thèse, 1912, Paris.

Physiologie und allgemeine Pathologie.

F. Ahlfeld. Der Einfluß des Alters der Mutter auf das Geschlecht der Kinder. Monatsschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkol., 1912, Bd. XXXVI, S. 271.

G. B. Allaria. Dell' azione della saliva de lattante sul potere HCl-fissatore del latte. (Über die Wirkung des Säuglingsspeichels auf das HCl-Fixationsvermögen der Milch.) Rivista di clinica, 1912, Bd. X, S. 538.

Walter Alwens und **Joseph Husler.** Röntgenuntersuchungen des kindlichen Magens. Fortschr. auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, 1912, Bd. XIX, S. 183.

J. Bankowski und **Z. Symanowski.** Anaphylaktische Studien. 4. Zur toxischen Wirkung des menschlichen Blutserums. A. Die Toxizität im Verlauf von Infektionskrankheiten. B. Toxizitätsunterschiede zwischen dem Mutter- und Fötalserum. Zeitschr. f. Immunitätsforschung, 1913, Bd. XVI, S. 330.

A. Borrino. Osservazioni sul limite massimo della temperatura dei bambini nell' apiressia. (Beobachtungen über die äußerste Temperaturgrenze der Kinder in der Apyrexie.) Rivista di clinica pediatrica, 1912, Bd. X, S. 740.

Boppe und **Augier.** Développement de l'estomac chez l'embryon humain. (Entwicklung des Magens beim menschlichen Embryo.) XV. Réunion de l'Association des Anatomistes de langue française, Lausanne, 30. Juli bis 2. August 1913.

Bonin und **Ancel.** Évolution de la glande mammaire pendant la gestation. (Entwicklung der Brustdrüse während der Schwangerschaft.) Bull. de la Soc. de Biologie, Januar 1912.

G. Buglia. Über den Übergang der Eiweißverdauungsprodukte von der Mutter auf den Fötus. Biochem. Zeitschr., 1913, Bd. IIL, S. 362.

Cattaneo. Sul contenuto adrenalinico delle capsule surrenali. (Über den Adrenalingehalt der Nebennieren.) Italien. Gesellsch. f. Pädiatr. Rivista di clinica pediatrica, 1912, Bd. X, S. 801.

Citron und **Leschke.** Experimentelle Beiträge zur Frage der Beziehungen zwischen Nervensystem und Infekt beim Fieber. Kongr. f. inn. Med., Wiesbaden 1913.

Devilliers. Recherches de thermométrie chez le nouveau-né. (Untersuchungen über Thermometrie beim Neugeborenen.) Thèse de Paris, 1912.

Eugen Doernberger. Das kindliche Antlitz in gesunden und kranken Tagen. Blätter f. Säuglingsfürsorge, 1913, Bd. IV, S. 167.

Rudolf Emmerich und **Oskar Loew.** Über Erhöhung der natürlichen Resistenz gegen Infektionskrankheiten durch Chlorkalzium. Arch. f. Hygiene, 1913, Bd. LXXX, S. 261.

Alfred Fischel. Die Bedeutung der entwicklungsmechanischen Forschung für die Embryologie und Pathologie des Menschen. Vorträge und Aufsätze über Entwicklungsmechanik der Organismen, herausgegeben von Wilhelm Roux. Heft 16, Leipzig 1912 (W. Engelmann).

Dora Fraenkel. Über die normale Körpertemperatur der Kinder und ihr Verhalten bei Bewegung und Ruhe. Deutsche med. Wochenschrift, 1913, Bd. XXXIX, S. 267.

E. Friedberger und **Ito Tetsuta.** Beiträge zur Pathogenese des Fiebers. (III. Mitteilung.) Die Beeinflussung der Körpertemperatur durch Salze nach Untersuchungen an Meerschweinchen. Zeitschr. f. Immunitätsforsch., 1912, Bd. XV, S. 303.

H. und **L. Hirschfeld.** Über vasokonstringierende Substanzen im anaphylaktischen Schock und bei der Anaphylatoxinvergiftung. Zeitschr. f. Immunitätsforsch., 1912, Bd. XIV, S. 466.

F. Jamin. Über juvenile Asthenie. Kongreß f. inn. Med., Wiesbaden 1913.

Jenkins. Unexplained pyrexias of early childhood. (Unerklärte Fieber im frühen Kindesalter.) Kentucky Med. Journ., 1. Juni 1913.

Toshizo Ishiguro. Über orale, axillare, inguinale, rektale Temperaturmessungen am Kind. Dissertation, München 1913 (Kastner u. Callwey).

Friedrich Kanngießer. Hat die Blutsverwandtschaft der Eheleute einen schädlichen Einfluß auf die Gesundheit der Nachkommen? Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 762.

L. Krehl. Wesen und Behandlung des Fiebers. Kongr. f. inn. Med., Wiesbaden 1913.

F. Maillet. Le tissu cellulaire sous-cutané dans la défense de l'organisme de l'enfant. (Das Unterhautzellgewebe und die Widerstandskraft des kindlichen Organismus.) La Pathol. infant., 1912, Bd. IX, S. 85.

A. Menzer. Zur Klinik des Infektionsfiebers. Kongr. f. inn. Med., Wiesbaden 1913.

Hans H. Meyer. Theorie des Fiebers und seine Behandlung, Kongr. f. inn. Med., Wiesbaden 1913.

Ludwig F. Meyer. Infektion und Verdauung. Berliner klin. Wochenschrift, 1913, Bd. L, S. 775.

Gita Midwidskaja. Über Thoraxkontusion und ihre Folgeerscheinungen mit Experimenten über die Festigkeit des kindlichen Thorax. Dissertation, München 1913 (R. Müller und Steinicke).

Nobécourt, Darré und **Bidot.** Passage de l'acide salicylique et de ses dérivés dans le liquide céphalo-rachidien. (Übergang der Salizylsäure und ihrer Derivate in die Zerebrospinalflüssigkeit.) Soc. méd. des hôp., Mai 1912.

Dante Pacchioni. Considerazioni sull'accrescimento del bambino. (Betrachtungen über das Wachstum des Säuglings.) Riv. di clin. pediatr., 1913, Bd. XI, S. 105.

A. Puyhaubert. Recherches sur l'ossification des os des membres chez l'homme. (Untersuchungen über die Ossifikation der Extremitätenknochen beim Menschen.) Journ. de l'anat. et de la physiol., 1913, Bd. II., S. 119.

B. Salge. Beispiele für die Bedeutung physikalischer und physikalisch-chemischer Forschungen in der Physiologie und Pathologie des Säuglings. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VII, S. 292.

Sutherland Simpson. The rate of growth in the dog. (Die Wachstumskurve beim Hunde.) Proceed. of the soc. for exp. biol. a. med., New York, 1913 Bd. X, S. 97.

Paul Tachau. Über die praktische Bedeutung einer gleichmäßig tiefen rektalen Temperaturmessung beim Kinde. Münchener med. Wochenschr., 1912, Bd. LIX, S. 2101.

Felice La Torre. Des rapports intimes du péritoine avec le tissu musculaire utérin. (Intime Beziehungen zwischen dem Peritoneum und dem Muskelgewebe des Uterus.) Arch. mensuelles d'Obstétrique et de Gynécol., 1913, Bd. XVIII, S. 473.

J. Valley. So called precocious menstruation combined with occurence of milk in the breast of an infant; a case with hereditary features. (Sogenannte Menstruatio praecox, in Verbindung mit Milchabsonderung durch die Brustdrüsen bei einem Säuglinge; ein Fall mit hereditären Momenten.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 539.

Ernst Voelckel. Untersuchungen über die Rechtshändigkeit beim Säugling. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VIII, S. 351.

E. Zeltner. Die Entwicklung des Thorax von der Geburt bis zur Vollendung des Wachstums und ihre Beziehungen zur Rachitis. Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVIII, Ergänzungsheft 150.

Arthur Zentler. Relation to, and influence upon, respiration during childhood of normal and abnormal dental arches. (Beziehung normaler und abnormaler Zahnbögen zur Atmung während der Kindheit.) (Arch. of Pediatr., 1913, Bd. XXX, S. 25.

Allgemeine Diagnostik.

Géza v. Hainiss. Diagnostischer Wert des Pitresschen „Signe du sou". Wiener med. Wochenschr., 1913, Bd. LXIII, S. 38.

André Jousset. A propos du „phénomène d'Arthus gangréneux". (Über Arthussches Gangränphänomen.) Bull. et mém. de la soc. med. des hôp. de Paris, 1913, Bd. XXIX, S. 269.

C. V. Kebbell. The significance of some common symptoms in childhood, with remarks on diagnosis. (Die Bedeutung einiger gewöhnlicher Symptome im Kindesalter.) Practitioner, 1913, Bd. XC, S. 418.

Moss. Diagnostic errors in diseases of children. (Diagnostische Irrtümer bei Kinderkrankheiten.) Kentucky Med. Journ., 1. Juni 1913.

Nobécourt, Bidot und **Maillet.** Valeur pronostique de l'élévation du taux de l'urée dans le liquide céphalo-rachidien des nourrissons. Prognostischer Wert der Bestimmung des Harnstoffgehaltes in der Zerebrospinalflüssigkeit beim Säugling.) Soc. méd. des hôp., Juli 1912.

Edwards A. Park und **W. C. Mac Guire.** A criticism of two percussion methods for the diagnosis of the enlarged thymus. (Eine Kritik zweier Perkussionsverfahren zur Ermittlung einer vergrößerten Thymus.) Arch. of Internat. Med., 1912, Bd. X, S. 214.

E. Périer. Séméiologie de la céphalalgie chez les enfants. (Semiologie des Kopfschmerzes im Kindesalter.) La Pathol. infant., 1912, Bd. IX, S. 45.

von Pirquet. Demonstration eines Meßbandes. Mitteil. d. Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 147.

Erle Pritchard. Abdominal pain in infants. (Leibschmerzen im Säuglingsalter.) Lancet 1913, Bd. CLXXXIV, S. 1085.

I. Pujador. La lumière à benzine dans le diagnostic de la méningite granuleuse et autres maladies de l'enfance. (Benzinlicht bei der Diagnose der Meningitis granulosa und anderer Kinderkrankheiten.) La Clinique infantile, 1913, Bd. XXX, S. 367.

Staats. The study of diagnosis in children. (Diagnostik bei Kindern.) West Virginia Med. Monthly, Juni 1913.

Edward Judson Wynkoop. A plea for the more frequent use of lumbar puncture. (Einrede für häufigere Anwendung der Lumbalpunktion.) Arch. of Pediatr., 1913, Bd. XXX, S. 363.

Heinz Zeiß. Der diagnostische Wert der Darmkoliagglutination in der Pathologie des Säuglings. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VIII, S. 176.

Therapie.

A. Aimes. L'héliothérapie dans les affections non tuberculeuses. (Die Heliotherapie bei nichttuberkulösen Affektionen.) La Presse méd., 1913, Nr. 23, S. 223.

Mac Alister. Mental influences in the treatment of children. (Psychische Einflüsse bei der Kinderbehandlung.) Arch. of Pediatr., Juni 1913.

E. Ausset. L'action du pantopon en thérapeutique infantile et particulièrement dans les spasmes laryngés de diverses natures. (Pantopon in der Kindertherapie und besonders bei Larynxspasmen verschiedener Natur.) Pédiatrie prat., 1913, Bd. XI, S. 251.

E. A. Autier. Contribution expérimentale à l'étude de l'action du phosphore à petites doses sur l'ossification. (Experimenteller Beitrag zum Studium der Wirkung kleiner Phosphorgaben auf die Ossifikation.) Thèse de Paris, 1913.

Balzer. Guérison du rhume des foins par l'hectine. (Heuschnupfenheilung durch Hektine.) Ann. de méd. et chir. infant., 1912, Bd. XVI, S. 535.

James Barr. Discussion on the role of calcium salts, as therapeutic agents. (Diskussion über die Wirkung der Kalziumsalze in der Therapie.) Brit. med. journ., 1912, Nr. 2699, S. 695.

L. E. Barrington-Ward. Hedonal anaesthesia: its use in children. (Hedonalanästhesie: ihre Anwendung im Kindesalter.) Brit. Journ. of childr, 1913, Bd. X, S. 17.

W. Birk. Der Gebrauch von Abführmitteln und Stopfmitteln im Kindesalter. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 1288.

Brannan. The prophylactic and therapeutic value of fresh air in schools and hospitals, including Heliotherapy. (Freiluft und Sonnenkur in Schulen und Hospitälern.) Med. Record, 7. Juni 1913.

H. Brüning Zur Kenntnis des Cineols mit besonderer Berücksichtigung seiner Eigenschaften als Antiascharidiacum bei Kindern. Zeitschr. f. exper. Pathol. u. Therap., 1912, Bd. XI, S. 155.

I. Cazzola. Azione ed importanza del calcio nella funzione d'arresto del cuore. (Die Wirkungsweise und der Einfluß des Kalziums auf den Hemmungsmechanismus des Herzens.) Arch. di fisiol., 1913, Bd. XI, S. 89.

O'Connor. General therapeutics of diseases of infancy and childhood. (Allgemeine Therapie der Kinderkrankheiten.) Kentucky Med. Journ., 1. April 1913.

Declairfayt. A propos de l'hormonal. Scalpel, 1912, 25. September. Das Hormol ergibt, aufgelöst in einer großen Menge physiologischer Flüssigkeit, vorzügliche Resultate bei Anwendung zu intramuskulären oder intravenösen Injektionen.

Wade H. Frost. Antimeningitis vaccination. (Vakzinebehandlung der Meningitis.) Publ. health. rep., 1913, Bd. XXVIII, S. 252.

Heinrich Fuss. Über Laktobazilline und seine Anwendung bei Kinderkrankheiten. Dissertation, Erlangen 1911 (Jacob).

Michael Hassan-Dschalalian. Über rationelle Kalkmedikation. Dissertation, München 1913 (Bayer. Druckerei).

Hans Januschke. Ein Beitrag zu den physikalisch-chemischen Bromwirkungen im Organismus. Wiener med. Wochenschr., 1913, Bd. LXIII, S. 877.
Zur internen Kalziumbehandlung des Schnupfens. Zeitschr. f. Balneol., Klimatol. u. Kurorthygiene, 1913, Bd. VI, S. 241.

Hans Januschke und **I. Inaba.** Über physikalisch-chemische Wirkungsbedingungen des Broms im Organismus und einen Vergleich der Wirkung anorganischer Brompräparate. Zeitschr. f. d. ges. exp. Med., 1913, Bd. I, S. 129.

Kerr. Convalescing children. (Pflege der Kinder in der Rekonvaleszenz.) New York, Med. Journ., 19. April 1913.

Alexander Macallster. Mental influences in the treatment of children. (Psychischer Einfluß bei der Behandlung beim Kinde.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 462.

Georges Mouriquand und **Georges Duval.** Sur l'action diurétique de l'infusion de muguet des bois chez l'enfant. (Cardiopathies, néphrites, oedèmes essentiels.) Le Progrès méd., 1912, Nr. 41, S. 499.

Arnold Netter. L'argent colloidal et ses applications à la thérapeutique infantile. (Die Anwendung des kolloidalen Silbers in der Therapie des Kindesalters.) Presse méd., 1913, Bd. XXI, S. 21.

Parrot. Sur l'administration des sels de quinine en médecine infantile. (Die Verwendung der Chininsalze in der Kinderheilkunde.) Soc. de méd. et d'hyg. tropicales. Paris, 29. Mai 1913.

Maurice Perrin. Une pommade camphrée forte, introduite dans les narines d'un jeune enfant, peut avoir les mêmes inconvénients que le menthol. (Eine starke Kamphersalbe kann beim Einbringen in die Nase eines jungen Kindes dieselben üblen Folgen haben wie das Menthol.) Journ. de sages-femmes, 1913, Bd. XLI, S. 244.

John Phillips. The value of massage in the treatment of various disorders in children. (Wert der Massage bei der Behandlung verschiedener Störungen beim Kinde.) Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 243.

J. Piket. Erfahrungen mit Pantopon und Pantopon-Sirup „Roche" in der Kinderpraxis. Klin. therapeut. Wochenschr., 1912, Bd. XIX, S. 1346.

Paul Saxl. Über Kalziumtherapie. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 578.

F. Späth. Hat das Pituitrin einen nachteiligen Einfluß auf das Kind? Zentralbl. f. Gynäkol., 1913, Bd. XXXVII, S. 165.

E. Thomas. Eigenartige Adrenalinwirkung beim Säugling. Vereinig. Sächs.-Thüring. Kinderärzte in Dresden, 18. Mai 1913.

Bakteriologie.

E. Gildemeister und **K. Bärthlein.** Bakteriologische Untersuchungen bei darmkranken Säuglingen. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 982.

Hanssen. Untersuchungen am Hunde über den Einfluß infizierter Milch auf das Bakterienwachstum im Verdauungstrakt, speziell im Magen. Zentralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. LXII, S. 89.

Martel, Tanon und **Chrétien.** La valeur de l'agglutination du „Micrococcus Melitensis" par le sérum sanguin en particulier chez les chèvres. (Wert der Agglutination des „Micrococcus Melitensis" durch das Blutserum, besonders bei Ziegen.) La Presse méd., 1913, Nr. 68, S. 685.

Pierre-Jean Ménard. Action du sérum antidiphtérique médicinal sur le bacille diphthérique. (Wirkungsweise des medizinalen Antidiphtherieserums auf den Diphtheriebazillus.) La Presse méd., 1913, Nr. 63, S. 636.

— Étude experimentale de quelques poisons constitutifs du bacille diphthérique. Thèse de Paris, 1913.

L. Poleff. Über den Bordet-Gengouschen Keuchhustenbazillus. Zentralblatt f. Bakteriologie, 1913, Bd. LXIX, S. 23.

K. Shiga, N. Imai und **Ch. Eguchi.** Eine Modifikation von Bordet-Gengous Nährboden für die Keuchhustenbazillen nebst einigen Ergebnissen in serologischer Beziehung. Zentralbl. f. Bakteriol., 1913, Bd. LXIX, S. 104.

Mathieu Pierre Weil. Le diagnostic bactériologique de la coqueluche. (Die bakteriologische Diagnose des Keuchhustens.) Sem. méd., Jahrg. 1913, Bd. XXXIII, S. 181.

Martha Wollstein. Bacteriological investigation. (Bakteriologische Befunde.) Amer. Journ. of. Dis of Child., 1912, Bd. IV, S. 265.

Serologie und Immunitätslehre.

André Dufourt. Les hémolysines naturelles des sérums normaux et pathologiques. (Die natürlichen Hämolysine der normalen und pathologischen Sera.) Thèse de Lyon, 1912.

E. Friedberger. Über anaphylaktische Fieber. Kongreß für innere Medizin. Wiesbaden, 1913.

E. Leschke. Untersuchungen über anaphylaktisches Fieber. Kongreß für innere Medizin. Wiesbaden, 1913.

Schittenhelm. Über die Beziehungen zwischen Anaphylaxie und Fieber. Kongreß für innere Medizin. Wiesbaden, 1913.

Entwicklung und Sprache.

Ernst Bloch. Die Intelligenzprüfung nach der Methode von Binet Simon. Der Schularzt, 1913, Bd. XI, S. 129.

Emil Fröschels. Sprachärztliche Therapie bei einem stummen Kinde. Mitteilungen der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde, Wien, 1913, Bd. XII, S. 77.

Gundelach. Speech defects. (Sprachdefekte.) Missouri State, Med. Assoc. Journ., Jänner 1913.

Kenyon. Delayed development of speech in young children. (Späte Sprachentwicklung.) Illinois Med. Journ., Juni, 1913.

J. H. M. Knox und **Henrietta M. Thomas.** Care of dependent infants in Baltimore. An Investigation of 519 infants observed from the age of two weeks, 365 of whom were followed throughout their first year. Arch. of Ped., 1913, Bd. XXX, S. 492.

Külbs. Über den Einfluß der Bewegung auf den wachsenden und erwachsenen Organismus. Deutsche med. Wochenschr., 1912, Bd. XXXVIII, S. 1311.

Wilhelm Kulka. Studien zur Wachstumsphysiologie an den Zöglingen einer militärischen Erziehungsanstalt. Das österreichische Sanitätswesen, 1912, Bd. XXIV, S. 1365.

Wachstumsphysiologie und Körpererziehung. Zeitschr. f. Kinderschutz und Jugendfürsorge, 1913, Bd. V, S. 111.

Gustav Major. Das Poltern der Kinder und seine Behandlung. Zeitschrift f. Schulgesundheitspflege, 1913, Bd. XXVI, S. 249.

M. Neustädter. Stuttering and its treatment. (Stottern und seine Behandlung.) Pediatrics, 1913, XXV, S. 285.

Thomas D. Parke und **John H. Edmondson.** Effect on later development of severe and prolonged illness in infancy. (Der Einfluß schwerer und langdauernder Erkrankungen im Säuglingsalter auf die spätere Entwicklung.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 2304.

E. Cecil Williams. Notes on a case of precocious development in a boy, aged six years. (Notizen über einen Fall von vorzeitiger Entwicklung bei einem 6jährigen Knaben.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1912, Bd. IX, S. 529.

Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.

Isaac A. Abt. History of the classification of gastrointestinal diseases in ancient and modern times. (Geschichte der Einteilung der gastrointestinalen Erkrankungen in alter und neuer Zeit.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1912, Bd. IV, S. 65.

John Allan. The treatment of epidemic (summer) diarrhea. (Behandlung der epidemischen Sommerdiarrhöe.) Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 346.

Asserson. Food for babies. (Säuglingsernährung.) New York, Med. Journ., 26. Juli 1913. Wachenheim.

L. Babonneix und **G. Blechmann.** Vomissements acétonémiques et encéphalite aiguë. (Azetonämisches Erbrechen und Encephalitis acuta.) La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 432.

L. Bahr. Recherches sur l'étiologie du choléra infantile. (Untersuchungen über die Ätiologie der Cholera infantum.) Zentralbl. f. Bakteriol., 1912, Bd. LXVI, S. 335.

Barrier. Infant feeding. (Säuglingsernährung.) Mississippi Med. Monthly, Juli 1913.

Hermann Beer. Über Stillschwierigkeiten und deren Behandlung. Wiener klin. Wochenschr., 1912, Bd. XXV, S. 1876.

B. Bendix. Zur Frage des Zuckerzusatzes bei der unnatürlichen Ernährung. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VI, S. 467.

Benedict. The well-fed children. (Das wohlgenährte Kind.) Bull. Amer. Acad. Med., Juni 1913.

Bernheim-Karrer. Milchreiche Amme. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1912, Bd. XLII, S. 1244.

Sanford Blum. Infantile diarrhea caused by fresh alfalfa dairy ration. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 534.

Boissezon. La mortalité infantile pendant un été chaud (1911). [Säuglingssterblichkeit während eines heißen Sommers (1911)]. Thèse de Lyon, 1912/13.

Bonnamour. Le lait desséché dans l'alimentation du nourrisson bien portant et du nourrisson malade. Ses résultats; son mode d'emploi. (Trockenmilch bei der Ernährung des gesunden und kranken Säuglings; Resultate, Art der Anwendung.) Arch. de Méd. des Enfants, 1913, Bd. XVI, S. 321, 401.

Borde. Administration de la morphine à une nourrice sans aucun inconvénient pour le nourrisson. (Anwendung des Morphiums bei einer Stillenden ohne Schaden für den Säugling.) Gaz. hebdom. des sciens méd. de Bordeaux, 1913, Bd. XXXIV, S. 225.

Brady. Relation of weight curve of infant to food. (Verhältnis der Gewichtskurve zur Nahrung.) Amer. Journ. Obstetr., März 1913.

Jules M. Brady. Use of polycarbohydrates in the diet of the young infant. (Der Wert der Polysaccharide in der Diät des Säuglings.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1912, Bd. IV, S. 89.

Joseph Brennemann. Boiled raw milk, an experimental study of milk coagulation in the stomach, together with clinical observations on the use of raw and boiled milk. (Gekochte Milch im Vergleich zur Rohmilch. Eine experimentelle Studie über die Milchgerinnung im Magen und klinische Beobachtungen über die Verwendung roher und gekochter Milch.) Journ. of the amer. med. Assoc., 1913, Bd. LX, S. 575.

Max Brückner. Die Diät beim Scharlach. Fortschr. d. Med., 1912, Bd. XXXVIII, S. 1059.

Herm. Brüning. Zur Geschichte der Karottensuppe als Säuglingsnahrung. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VI, S. 374.

Ernesto Cacace. Indicazioni e controindicazioni dei latti fermentati in pediatria; osservazioni pediatriche e ricerche chimiche. (Indikationen und Kontraindikationen für Anwendung der Fermentmilch in der Pädiatrie; pädiatrische Bemerkungen und chemische Untersuchungen.) La Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 413.

Carr. The medical treatment of summer diarrhea. (Behandlung der Sommerdiarrhöe.) Amer. Journ. Obstet., Juli 1913.
Carter. Clinical and prophylactic suggestions for difficult feeding cases in infants. (Klinische und prophylaktische Winke für schwere Säuglingsernährungsfälle.) Northwest Medicine, April 1913.
Cartwright. Malnutrition in breast-fed infants. (Ernährungsstörungen bei Brustkindern.) New Mexico Med. Journ., März 1913.
J. Chevalier. Le lait desséché. (Die Trockenmilch.) Clin. infant. 1912, Bd. X, S. 492.
H. M. Mac Clanahan. Supplement breast-feeding in infants. (Zufütterung zur Brust bei Säuglingen.) Journ. of the Amer. med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 1877.
Henry L. Coit. The effects of heated and superheated milk on the infants nutrition (recent investigations). [Der Wert der erhitzten und übererhitzten Milch für die Säuglingsnahrung (neuere Forschung).] Arch. of pediatr., 1913, Bd. XXX, S. 122.
E. V. Mac Collum und **Marguerite Davis.** The influence of the composition and amount of the mineral content of the ration on growth. (Der Einfluß der Zusammensetzung und der Menge des Mineralinhaltes der Nahrung auf das Wachstum.) Journ. of biol. chem., 1913, Bd. XIV, S. 40.
— The necessity of certain lipins in the diet during growth. (Notwendigkeit gewisser Lipoide in der Nahrung für das Wachstum.) Journ. of biol. chem., 1913, Bd. XV, S. 167.
Combe. Traitement de la dyspepsie albumineuse. (Behandlung der Eiweißdyspepsie.) Paris méd., 1913, S. 241.
J. Comby. Le lait desséchée. (Die Trockenmilch.) Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI. S. 49.
Julius H. Comroe. A plea for longer intervals in milk-feeding. (Empfehlung längerer Trinkpausen in der Säuglingsernährung.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 1966.
Crosby. The heat factor in the alimentary disturbances of infancy. (Die Hitze als verdauungsstörendes Moment.) Michigan State Med. Soc. Journ., April 1913.
Roger H. Dennett. The caloric requirements of bottle-fed infants. (Der Kalorienbedarf der Flaschenkinder.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 2306.
H. Dorlencourt und **H. Edelmann.** La constipation habituelle du nourrisson. (Die habituelle Obstipation des Säuglings.) Gynécologie, 1913, Bd. XVII, S. 14.
Charles Hunter Dunn. Clinical studies on feeding in infantile malnutrition. (Klinische Studien über Ernährung bei Malnutrition der Säuglinge.) Boston med. a. surg. Journ., 1913, Bd. CLXVIII, S. 161.
Maupas de Fécamp. Éveil des fonctions gastriques ralenties, chez certains nourrissons élevés artificiellement, par l'adjonction partielle de lait cru. (Anregung der verlangsamten Magenfunktionen durch teilweise Zugabe von Rohmilch bei künstlich ernährten Säuglingen.) Normandie médicale, 15. Juni 1912.
E. Feer. Atrophie graisseuse partielle. (Partielle Fettatrophie.) Revue méd. de la Suisse romande, 1912, Bd. XXXII, S. 705.
— Fortschritte in der Säuglingsernährung. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1913, Bd. XXXXIII, S. 368.
— Säuglingsernährung mit einer einfachen Eiweiß-Rahmmilch. Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVIII, S. 1.
G. Finch. The feeding of infants and children. (Die Ernährung von Säuglingen und Kindern.) Child 1913, Bd. III. S. 429.
H. Finkelstein. Zur Einteilung der Ernährungsstörungen des Säuglings. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VII. S. 67.
Ernst Flügge. Überblick über den gegenwärtigen Stand der Frage über die Ursache der Sommersterblichkeit der Säuglinge an Brechdurchfall. Dissertation, Leipzig 1912 (Edelmann).

A. Frank und **K. Stolte.** Beitrag zur Kenntnis des Mehlnährschadens. Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVIII, S. 167.

R. Franz. Serumtherapie bei Melaena neonatorum. Münchener med. Wochenschr., 1912, Bd. LIX, S. 2905.

Josef K. Friedjung. Ernährungsstörungen der Brustkinder und Konstitution. (Eine Studie über Organminderwertigkeit.) Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VII, S. 87.

Conway A. Frost. Is the milk of eclamptic mothers toxic? Case Reports. (Ist Milch eklamptischer Mütter toxisch? Anführung von Fällen.) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 55.

Leopold Fulda. Von der Stillungsnot und ihren Ursachen. Dissertation, Berlin 1912 (Ebering).

P. Gallois. Le régime sec dans les gastro-entérites de l'enfance. (Trockenregime bei Gastroenteritis.) Journ. de diététique et de bactériothérapie 1913, S. 73.

– Le coup de chaleur des nourrissons. (Hitzschlag bei Säuglingen.) Soc. de méd. de Paris, 28. Juni 1913.

– Réfrigération des crèches comme prophylaxie de la gastro-entérite. Abkühlung der Krippen zur Prophylaxe des Gastroenteritis.) Soc. de therap. Paris, 15. Mai 1913.

F. P. Gengenbach. Recent interpretations of feeding disturbances in infants (Neuere Interpretationen der Ernährungsstörungen beim Säugling.) Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 298.

Reinhold Gohr. Über Mastitisstreptokokken. Dissertation, Gießen 1912.

R. Goiffon. La localisation coprologique du point de départ d'une diarrhée. (Die Bestimmung des Ausgangspunktes einer Diarrhöe aus dem Stuhle.) Arch. d. mald. de l'app. et de la nutr., 1913, Bd. VII, S. 7.

P. J. Crozer Griffith. The ability of mothers to nurse their children. (Die Fähigkeit der Mütter, ihre Kinder zu stillen.) Journ. of the Amer. mes. Assoc. 1912, Bd. LIX, S. 1874.

St. Geo. T. Grinnan. Infant feeding. (Säuglingsernährung.) Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 303.

Clifford G. Grulee. Dietetic treatment of convulsions and allied conditions occurring in infants. With special reference to the rôle played by inorganic salts. (Diätetische Behandlung von Krämpfen und ähnlichen Zuständen bei Kindern. Mit besonderer Berücksichtigung der anorganischen Salze.) Amer. Journ. of Dis. of Childr., 1913, Bd. V, S. 205.

Hamaide und **Nigay.** Le régime dans l'entérite aiguë. b) Chez le nourrisson. Die Diät bei der Cholera infantum.) Journ. de méd. de Paris, 1913, Bd. XXXIII, S. 15.

Hand Infant feeding. (Säuglingsernährung.) Pennsylvania Med. Journ., Juni 1913.

Alfred Hand. The use of intestinal antiseptics in childhood. (Anwendung intestinaler Antiseptika bei Kindern.) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 84.

K. Hanssen. Über die Sommersterblichkeit der Säuglinge nach Untersuchungen in Kiel in den Jahren 1909, 1910 und 1911. Arch. f. soz. Hyg., 1913, Bd. VIII, S. 65.

Henry R. Harrower. Secretin in the gastro-intestinal disorders of children: A New Idea in the treatment of summer dyspepsias. (Sekretin bei Gastro-intestinalen Störungen beim Kinde. Ein neuer Gedanke bei der Behandlung der Sommerdyspepsien.) Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 430.

Chas. C. Haskell. The comparative value of various sugars in the feeding of infants. (Vergleichswert verschiedener Zuckerarten bei der Säuglingsernährung.) Arch. of Piatrics, 1913, Bd. XXX, S. 572.

Hanna Hirschfeld. Untersuchungen über alimentäre Intoxikation in ihren Beziehungen zum sympathischen Nervensystem. Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVIII, Ergänzungsheft, S. 197.

Hasler. Recent developments in infant feeding. (Neuere Fortschritte in der Säuglingsernährung.) Northwest Medicine, April 1913.

M. Hohenadel. Untersuchungen über Yoghurt mit besonderer Berücksichtigung der Yoghurt-Trockenpräparate. Arch. f. Hygiene, 1913, Bd. LXXVIII, S. 193.

Arthur D. Holmes. Errors in infant feeding. (Fehler bei der Säuglingsernährung.) Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 170.

Howland. The scientific basis for the artificial feeding of infants. (Die wissenschaftliche Grundlage der künstlichen Säuglingsernährung.) Amer. Journ. of Dis. of Childr., Mai 1913.

R. Hutchison. Discussion of the dyspepsias of childhood after the period of infancy. (Diskussion über die Dyspepsien des späteren Kindesalters.) Brit. med. Journ., 1912, Nr. 2707, S. 1364.

Johnson. Some common results of high percentage of fat used in infant feeding. (Konsequenzen hoher Fettsätze in der Säuglingsernährung. Vermont Med. Monthly, April 1913.

Judd. The interpretation of infants stools. (Deutung des Säuglingsstuhles.) Arkansas State Med. Soc. Journ., Juli 1913.

Arvid J. Juhle. Beitrag zur Kenntnis der Hypertrophia mammae. Nord. med. Ark. Kirurgi, 1913, Bd. VL, S. 4.

Kerley. The prophylaxis of summer diarrhea. (Prophylaxe der Sommerdiarrhöe.) Amer. Journ. Obstet., Juli 1913.

J. H. Mason Knox. The effect of moderately high temperature upon the infant. (Einfluß mäßig hoher Temperaturen auf den Säugling. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 191.

Henry Koplik. A classification of the summer diarrheas in infancy. (Klassifikation der Sommerdiarrhöen beim Säugling.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 484.

Hugo Kühl. Die mykologische und bakteriologische Untersuchung der Kindermehle. Pharmazeut. Zentralhalle, 1913, Bd. LIV, Heft 6.

Leo Langstein. Welche Aufgaben stellen die Infektionen im Säuglingsalter der Diätetik? Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VII, S. 193.

L. Langstein, F. Rott und **F. Edelstein.** Der Nährwert des Kolostrums. Ein Beitrag zur Frage des Energiebedarfes des Säuglings in den ersten Lebenstagen. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VII, S. 210.

W. Estell Lee. The wet nursing of foundings. (Ernährung der Findlinge durch Ammen.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 509.

Léopold-Lévi. Suralimentation; obésité; testicule. (Überernährung, Fettsucht, Hoden.) Comp. rend. de la Soc. de Biol., 1912, Bd. LXXII S. 820.

Lepage und **Tiffeneau.** Deux cas de vomissements incoercibles. (Zwei Fälle von unstillbarem Erbrechen.) Soc. d'ostétr., et de Gynecol. de Paris, 9. Juin 1913.

Harry Liefmann. Der Einfluß der Hitze auf die Sommersterblichkeit der Säuglinge. Reichs-Medizinal-Anzeiger, 1912, Bd. XXXVII. S. 742.

Love. Some mooted points in the feeding of infants. (Streitige Punkte in der Säuglingsernährung.) Southern Med. Journ., Juli 1913.

Elis Lövegren. Erfahrungen und Studien über Melaena neonatorum. Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVIII, S. 249.

Franz Lucksch. Ein Beitrag zur Ätiologie des Morbus Buhlii. Prager med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXVIII, S. 167.

André Martingay. Entérocolites toxiques suraiguës de la seconde enfance. (Toxische subakute Enterokolitis der zweiten Kindheit. Thèse de Paris, 1912, Nr. 297, 120 Seiten.

A. Clifford Mercer. Recurrent vomiting in children. (Rezidivierendes Erbrechen beim Kinde.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 445.

Albert Merckens. Ein Fall schwerster Melaena neonatorum geheilt durch Injektion von difibriniertem Menschenblut. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 971.

Oswald Meyer. Alimentäre Vergiftung unter dem Bilde zerebraler Herdaffektion. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr, 38. S. 1550.

John Lovett Morse. Infant feeding. What is believed and taught concerning it in Boston. (Säuglingsernährung. Bostoner Ansichten und Lehrsätze.) New York med. Journ., 1913, Bd. LXXXXVII, S. 477.

— Maltose in infant feeding. (Maltose in der Säuglingsernährung.) Amer. Journ. of the Med. Sciences, 1912, Bd. CLXIV, S. 640.

Moussous und **Eug. Leuret.** Le sevrage. (Abstillen.) Congr. nation. de la Protection du Premier âge, Bordeaux, Mai 1913.

F. Näf. Beobachtungen über Eiweißmilch. Schweizer ärztl. Mitteil., 1913, Bd. XII, S. 487.

Frank C. Neff. A series of infant, fed on a highpercentage albumin milk. (Eine Reihe von Säuglingen, die mit einer hochprozentigen Eiweißmilch ernährt wurden.) Journ. of the Amer. med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 2213.

H. Neuhaus und **G. Schaub.** Über die sogenannte Kuhmilchidiosynkrasie bei Säuglingen. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VII, S. 310.

P. Nobécourt und **G. Schreiber.** Essais sur le lait albumineux. Les dangers de la privation du sucre chez le nourrisson. (Versuche über Eiweißmilch. Die Gefahren der Zuckerentziehung.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris. 1913, S. 377.

Edmund Nobel. Ein Fall von intestinalem Infantilismus (H e r t e r). Mitteil. der Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wion, 1913.

James Oliver. The influence of lactation. (Der Einfluß der Laktation.) Lancet, 1913, Bd. CLXXXIV, S. 194.

Ordway. The nourishment of infants. (Säuglingsernährung.) Ohio State Med. Journ., Juli 1913.

Pironneau. Les diarrhées des nourrissons soumis à l'allaitement artificiel et leurs causes. (Die Durchfälle der Säuglinge bei künstlicher Ernährung und ihre Ursachen.) Thèse de Paris, 1912, Clin. infant., 1912, Bd. X, S. 417.

C. von Pirquet. Eine einfache Tafel zur Bestimmung von Wachstum und Ernährungszustand bei Kindern. Zeitschr. f. Kindeheilk., 1913, Bd. VI, S. 253.

Planchu. Le lait desséché. (Die Trockenmilch.) Lyon méd., 1912, Bd. CXIX, S. 1106.

Ch. Porcher. Les qualités que doit posséder un bon lait desséché au point de vue médical. (Die Eigenschaften einer guten Trockenmilch vom medizinischen Standpunkte.) Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 433.

A. Rémy. La durée de la traversée digestive chez les nourrissons. (Dauer der Darmpassage beim Säugling.) Pédiatrie, 1912, Nr. 9, S. 134.

Gaston Reynier. Contribution à l'étude des anomalies de la sécrétion lactée. (Beitrag zum Studium der Anomalien der Milchsekretion.) Thèse de Paris 1912, Nr. 275, 94 Seiten.

L. Ribadeau-Dumas. Les troubles alimentaires et le lait albumineux. (Ernährungstörungen und Eiweißmilch.) Le Nourrisson, 1913, Bd. I, S. 162.

Charles Richet fils. Etude clinique et expérimentale des entérites. Les entérites par élimination microbienne ou toxique. (Klinische und experimentelle Studien über Enteritis. Die Enteritis durch Ausscheidung von Bazillen oder Toxinen.) Thèse de Paris, 1912. (Steinheil, Paris.)

H. Rietschel. Noch einmal Sommerhitze und Säuglingssterblichkeit. Jahrbuch f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVIII, S. 312.

Hans Röder. Weitere Beobachtungen über den Einfluß der Bewegung (6tägige Wanderungen) auf die Entwicklung unterernährter Kinder. Internat. Beiträge zu Ernährungsstörungen, 1913, Bd. IV, S. 350.

Heinrich Rosenhaupt. Die medikamentöse Behandlung des nervösen Erbrechens im frühen Kindesalter. Deutsche med. Wochenschr., 1913, XXXIX, Bd. S. 752.

Rousseau-Saint-Philippe. Remarquables effects de l'ipéca à toutes petites doses dans certains troubles digestifs tenaces de l'enfance. (Bemerkenswerte Wirkungen des Ipecacuanhas in ganz kleinen Dosen bei gewissen hartnäckigen Verdauungsstörungen beim Kinde.) Acad. de méd., 25. März 1913.

T. Lawrence Royster. Summer diarrhea — heat — humidity. (Sommerdiarrhöe, Hitze, Feuchtigkeit.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1912, Bd. IV, S. 148.

Fr. Saint-Girons. Les diarrhées par élimination microbienne ou toxique chez le nourrisson. (Diarrhöe durch bakterielle oder toxische Ausscheidung beim Säugling.) Le Nourrisson, 1913. Bd. I, S. 154.

Salter. Dietetic treatment of enteritis in infants. (Diätetische Behandlung des Darmkatarrhes bei Säuglingen.) Southern Med. Journ., Jänner 1913.

O. M. Schloß. A case of allergy to common foods. (Ein Fall von Allergie gegen gewöhnliche Nahrungsmittel.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1912, Bd. III, S. 341.

A. Schloßmann. Hitze und Hygiene. Mutter und Kind. 1913, Bd. V, S. 2.

Georges Schreiber und **H. Dorlencourt.** Recherches expérimentales sur l'influence de la chaleur chez les jeunes chiens. (Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Hitze bei jungen Hunden.) Arch. de Méd. des Enfants, 1913, Bd. XVI, S. 577.

V. Schröppe. Die stillende Mutter. Petersburger med. Wcohenschr., 1912, Bd. XXXVII, S. 165.

Schultz. Infant-feeding in theory and practice. (Theorie und Praxis der Säuglingsernährung.) Journ. Lancet, 1. Juli 1913.

Scott. Artificial infant feeding. (Künstliche Säuglingsernährung.) Kansas Med. Soc. Journ., Februar 1913. Wachenheim.

Jules Sébilleau. Traitement des vomissements chez les nourrissons. (Behandlung des Erbrechens beim Säugling.) Méd. infant., 1913, Bd. XVII, S. 9.

Curt Serog. Über Entwicklungsdifferenzen von Zwillingen. Dissertation, Breslau, 1911 (Cohn).

E. M. Sill. How may we better the condition of the growing child? (Wie können wir den Ernährungszustand des wachsenden Kindes bessern?) Med. Record, 1912, Bd. XXXI, S. 898.

Julien Silvestre. Les effects de l'hypersucrage du lait dans les dyspepsies infantiles avec vomissements. (Wirkungen des hohen Zuckergehaltes der Milch bei Dyspepsie mit Erbrechen beim Säugling.) La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 257.

John F. Sinclair. Some clinical experiences with the bacillus bulgaricus in acute gastroenteritis and ileocolitis. (Klinische Erfahrungen mit Bacillus bulgaricus bei akuter Gastroenteritis and Ileocolitis.) Arch. of Pediatrics, 1913, XXX, Bd. S. 529.

Fritz B. Talbot. Infant feeding and the examination of the stools. (Säuglingsernährung und Stuhluntersuchungen.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 244.

O. N. Torian. Artificial infant-feeding with special reference to stool examination. (Künstliche Säuglingsernährung mit besonderer Berücksichtigung der Stuhluntersuchung.) Journ. of the Indiana State Med. Assoc., 1913, Bd. VI, S. 107.

H. Triboulet. Les manifestations congestives sur le tractus digestif, au cours des toxi-infections. Leur valeur diagnostique et pronostique. (Die hyperämischen Erscheinungen am Verdauungstraktus im Verlauf toxischer Infektionen. Ihr diagnostischer und prognostischer Wert.) Bull. et mém. de la Soc., méd. des hôp., de Paris, 1913, Bd. XXIX, S. 27.

Rudolf Uhlirz. Theorie und Behandlng der Pädatrophie. Prager med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXVIII, S. 109.

G. Variot. Erythème fessier légèrement érosif survenu chez un nourrisson à la suite d'une diarrhée causée par le retour des règles de la nourrice. (Etwas nässender Intertrigo nach einem Durchfall bei einem Säugling bedingt durch Wiedereintritt der Regel bei der Amme.) Clin. infant., 1912, Bd. X, S. 584.

– Mérycisme chez une jeune fille de 16 ans. Grande amélioration des troubles par l'emploi du citrate de soude. (Wiederkäuen bei einem jungen Mädchen von 16 Jahren. Wesentliche Besserung der Störungen durch Anwendung von Natronzitrat.) La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 260.

– Micromastie avec lactation abondante chez une nourrisse. (Kleine Brust mit reichlicher Milchsekretion bei einer stillenden Frau.) Gaz. de gynécol., 1913, Bd. XXVIII, S. 65.

– Vomissements incoercibles datant de la naissance chez un nourrisson de neuf mois. Grande hypotrophie. Dilatation de l'estomac constatée par la radiographie. Guérison par l'emploi du lait condensé sucré et du lait homogénéisé hypersucré. (Unstillbares Erbrechen von der Geburt an bei einem Säugling von 9 Monaten. Große Hypotrophie. Magenerweiterung durch Radiographie konstatiert. Heilung durch Anwendung kondensierter, gezuckerter und homogenisierter stark zuckerhaltiger Milch.) Bull. de la soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 337.

G. Variot und **P. Lavialle.** Les effects de l'hypersucrage du lait dans le traitement des dyspepsies infantiles avec vomissements. (Einfluß des hohen Zuckergehaltes der Milch bei der Behandlung der Säuglingsdyspepsien mit Erbrechen.) La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 449.

Veeder, S. Berden, Robert Kilduffe und **A. T. Denny.** Studies in the bacteriology of the acute intestinal diseases of infancy. (Bakteriologische Studien bei den akuten Darmerkrankungen im Säuglingsalter.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1912, Bd. IV, S. 75.

Herbert B. Wilcox und **Miner C. Hill.** Protein milk as a corrective of digestive disturbances. (Eiweißmilch als Heilnahrung bei Verdauungsstörungen.) Amer. Journ. of Dis. of Childr., 1913, Bd. V, S. 297.

Yerington. Feeding in later infancy. (Ernährung im späteren Säuglingsalter.) California State, Journ. of Med., Februar 1913.

Januarius von Zubrzycki und **Richard Wolfsgruber.** Normale Hämagglutinine in der Frauenmilch und ihr Übergang auf das Kind. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 210.

Milchwissenschaft und Molkereipraxis.

E. C. Aviragnet, H. Dorlencourt und **Bloch Michel.** Etude comparée sur la digestion tryptique du lait cru et du lait desséché par surchauffage. (Vergleichende Studie über die tryptische Verdauung der rohen Milch und der durch Überhitzung gewonnenen Trockenmilch.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la Soc. de biol., 1913, Bd. LXXIV, S. 885.

Karl Bamberg. Zur Physiologie der Laktation mit besonderer Berücksichtigung der chemischen Zusammensetzung der Frauenmilch milchreicher Frauen und des Einflusses der Menstruation. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VI, S. 424.

Henry Barbier. Pathologie du lait de vache. Les infiltrés, les atrophiques florides. Pédiatrie, 31. Jänner 1913, S. 18.

Ch. Bartel und **O. Jensen.** Les méthodes internationales d'appréciation du lait. (Die internationalen Methoden der Milchbeurteilung.) Rev. génér. du lait., 1912, Nr. 10.

Karl Basch. Zur Physiologie des Milchapparates. Umschau, 1913, Bd. XVII, S. 129.

G. F. Belonowski. Zur Frage über die Säureproduktion der bulgarischen milchsauren Mikroben. Milchwirtsch. Zentralbl., 1912, Nr. 15, S. 449.

G. Biro. Beiträge zur Zusammensetzung der Schafmilch. Zeitschr. f. Unters. d. Nahrungs- u. Genußmittel, 1913, Bd. XXV, S. 292

F. Bordas und **F. Touplain.** Über die Bestimmung des Phosphors in der Milchasche. Ann. d. falsific., 1911, Bd. IV, S. 229.

William N. Bradley. What can be done to prevent milk poisoning. (Was kann geschehen, um Milchvergiftungen zu verhüten.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 519.

Brandeu. Lait et oxalate de chaux. (Milch und Kalkoxalat.) Journ. de méd. de Bordeaux. 26. Januar 1913, S. 60.

Joseph A. Capps. The rôle of milk in the causation of the Chicago epidemic of sore throat. (Die ätiologische Rolle der Milch in der Chicagoer Epidemie von Rachenentzündung.) Journ. of the Amer. med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 1715.

A. R. Chalmers. Milk and return cases of scarlatina. (Milch und Scharlachheimkehrfälle.) Brit. med. Journ., 1913, Nr. 2714, S. 45.

Mathilde de La Chapelle. Au sujet de la production hygiénique du lait. (Über hygienische Milchproduktion.) Hyg. de la viande et du lait, 1913, Bd. VII, S. 136.

A. Chrétien. Recherches sur l'acidité du lait de vache. (Studien über die Azidität der Kuhmilch.) Hyg. de la viande et du lait, 1913, Bd. VII, S. 244.

Heinrich Davidsohn. Neue Methode zur Unterscheidung von Frauenmilch und Kuhmilch, zugleich ein Beitrag zum Studium des lipolytischen Milchfermentes. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VIII, S. 14.

G. Denigès. Über die Bestimmung des Milchzuckers in Frauenmilch. Bull. de la soc. pharm. de Bordeaux, 1912, Bd. LII, S. 97.

Van Derslice. Milk. (Die Milch.) Illinois Med. Journ., Januar 1913.

G. Dévillé. Sur la disparition du colostrum chez les parturientes. (Über das Verschwinden des Kolostrums bei Wöchnerinnen.) Arch. internat. de méd. lég., 1913, Bd. IV, S. 60.

Diffloth. L'industrie du lait en 1913. (Milchindustrie im Jahre 1913.) La vie agricole et rurale. Januar 1913, S. 117.

Eduardo Filippi. Studii sulla digeribilità gastrica del latte. (Untersuchungen über die Magenverdaubarkeit der Milch.) Sperimentale. 1913, Bd. LXVII, S. 203.

William W. Ford. A consideration of the milk of Baltimore. (Eine Betrachtung über die Milchversorgung von Baltimore.) Bull. of the Johns Hopkins hosp., 1913, Bd. XXIV, S. 25.

Walter Frei. Prinzipien und Grundlagen der praktischen Milchuntersuchung. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. u. öffentl. Sanitätswesen. 1912, Bd. XXXXIV, S. 41.

Gamble. Methods employed and results obtained in improving milk supply of Springfield, Mass. (Verbesserung der Milchversorgung in Springfield, Massachusetts.) Amer. Journ. Public Health. Januar 1913.

W. Grimmer. Beiträge zur Kenntnis der Fermente der Milchdrüse und der Milch. Biochem. Zeitschr., 1193, Bd. LIII, S. 429.

– Zur Frage nach der Fermentnatur der Milchperoxydase. Zeitschr. f. Unters. d. Nahrungs- u. Genußmittel, 1913, Bd. XXV, S. 85.

Paul Grosser. Über den Einfluß des Kochens auf das physikalisch-chemische Verhalten von Frauenmilch, Kuhmilch und Buttermilch. Biochem. Zeitschr., 1913, Bd. XXXXVIII, S. 427.

Louis P. Hamburger. The Baltimore epidemic of streptococcus or septic sore throat and its relation to a milk supply. (Die in Baltimore beobachtete Epidemie von septischer [Streptokokken-]Rachenentzündung und deren Beziehung zu einer Milchquelle.) Bull. of the John Hopkins hosp., 1913, Bd. XXIV, S. 1.

L. Emmet Holt und **P. A. Levene.** Die pyretogenische Wirkung des Kaseins aus Kuhmilch. Eine klinische Studie. Med. Klin., 1913, Bd. IX, S. 258.

Hutshing. Milk supply of San Francisco and its bacterial content. (Die Milchversorgung von San Franzisko.) California State Journ. of Med., Januar 1913.

Edwin O. Jordan. The case for pasteurization. (Die Pasteurisierungsfrage.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 1450.

Klaveness. Tests for examination of milk. (Proben zur Milchuntersuchung.) Journal, Lancet, 15. Januar 1913.

Erich Kretschmer. Über die Bestimmung des Milchzuckers in der Milch durch Fällung mit Ammonsulfat. Hoppe-Seylers Zeitschr. f. physiologische Chemie, 1913, Bd. LXXXV, S. 286.

Hugo Kühl. Die Milchsäurelangstäbchen. Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankheiten, 1913, Bd. LXXIV, S. 384.

P. Lavialle. Analyse chimique du lait d'une négresse agée de 30 ans. (Chemische Analyse der Milch einer dreißigjährigen Negerin.) Clin. infant., 1912, Bd. X, S. 589.

— Etude chemique et physique de quatre échantillons de lait homogénéisé, Lepelletier. (Chemische und physikalische Untersuchung von 4 Proben homogenisierter Milch, Lepelletier.) La Clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 201.

— Le mouvement brownien dans le lait homogénéisé. (Brownsche Bewegung in homogenisierter Milch.) La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 490.

P. Lavialle und **Longevialle.** Contribution à l'étude chimique de la caséine du lait de vache. (Beitrag zum chemischen Studium des Kuhmilchkaseins.) La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 518.

Lemke. Verbreitung von Typhus durch Milchprodukte. Klin. Jahrbuch, 1912, Bd. XXVI, S. 349.

C. Mai. Der Einfluß des Gefrierens auf die Zusammensetzung der Milch. Milchwirtsch. Zentralblatt, 1913, Bd. XXXXII, S. 129.

Wilhelm Morres. Praktische Milchuntersuchung. Anleitung zur zweckmäßigen Ausführung der einfachsten Verfahren der Untersuchung von Milch und Molkereiprodukten. 2., umgearbeitete Auflage, Berlin (P. Parey). 1913.

John Lovett Morse. Sterilisation, boiling and pasteurization of milk. (Sterilisieren, Kochen und Pasteurisieren der Milch.) Journ. of the Amer. med. Assoc., 1913, Bd. LX, S. 875.

Vladimir Njegovan. Enthält die Milch Phosphatide? Biochem. Zeitschr., 1913, Bd. LIV, S. 78.

B. Pfyl und **R. Turnau.** Über verbesserte Herstellung von Milchseren und ihre Anwendbarkeit zur Untersuchung der Milch. Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamt, 1912, Bd. XL, S. 245.

Ambroise Rendu. Les applications de l'industrie du froid en laiterie. (Die Anwendungsarten der Kälteindustrie in der Milchwirtschaft.) Revue générale du froid, 1912, Bd. IV, Nr. 12.

H. Roeder. Die Kindermilch im Hause. Blätter für Säuglingsfürsorge, 1913, Bd. IV, S. 344.

W. Rullmann. Vorläufige Mitteilung über Römers Arbeit: „Zur Schardingerreaktion der Kuhmilch". Biochem. Zeitschr., 1913, Bd. IIL, S. 155.

Edwin Henry Schorer und **M. J. Rosenau.** Tests of the efficiency of pasteurization of milk under practical conditions. (Untersuchungen über die Wirksamkeit der Milchpasteurisierungsverfahren unter den Bedingungen der täglichen Praxis.) Journ. of Med. Research., 1912, Bd. XXVI, S. 127.

Rolf Schreiber. Die gesetzliche und polizeiliche Regelung des Milchverkehres in Deutschland. Kempten und München (J. Kösel), 1912.

Sigurd Sommerfeldt. Beitrag zur Bestimmung des Keimgehaltes der Milch. Dissertation, Leipzig 1912 (Schönfeld, Dresden).

Souvestre. Sur le lait desséché. (Trockenmilch.) Anjou médicale, Januar 1913, S. 1.

Fr. Sprinkmeyer. Versuche über die Einwirkung von Saugflaschen mit Rohr auf den Keimgehalt der daraus abgesaugten Milch. Zentralblatt 1913, Bd. XXXXII, S. 174.

Stoeltzner. Über Eiweißmilchersatzpräparate. Med. Klin., 1913, Bd. IX, S. 868.

E. C. Stowell, C. M. Hilliard und **M. J. Schlesinger.** A statistical study of the streptococci from milk and from the human throat. (Eine statistische Studie über die Streptokokken aus Milch und dem menschlichen Rachen.) Journ. of infect. Dis., 1913, Bd. XII, S. 144.

Tenney. Municipal control of milk supply in Ohio. (Städtische Milchkontrolle in Ohio.) Ohio State Med. Journ., 15. Februar 1913.

Erwin Thomas. Zur Biologie der Kolostrumkörperchen. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VIII, S. 291.

Trillat. Etudes sur les causes du caillage du lait observé pendant les périodes orageuses. (Studie über die Ursachen der Milchgerinnung während Wetterperioden mit Gewitterneigung.) Compt. rend. de l'Acad. des Sc., 1912, Bd. CLIV, S. 613.

E. Weill und **G. Mouriquand.** Note sur le lait desséché. (Notiz über die Trockenmilch.) Lyon méd., 1912, Bd. CXIX, S. 935.

O. Wendler. Beobachtungen bei vergleichenden Fettgehaltsbestimmungen nach dem volumetrischen Verfahren und der Gewichtsanalyse. Molkerei-Zeitung, 1912, Bd. XXVI, S. 1491.

Stoffwechsel.

Francis G. Benedikt und **Fritz B. Talbot.** Some fundamental principles in studying infant metabolism. (Einige wesentliche Grundsätze beim Studium des Säuglingsstoffwechsels.) Amer. Journ. of Dis. of Childr., 1912, Bd. IV, S. 29.

Ragnar Berg. Kalziumphysiologie und Kalziumstoffwechsel. Ergebnisse d. ges. Zahnheilkunde, 1913, Bd. III, S. 478.

Ernst Blumenfeldt. Beiträge zur Kaliausscheidung unter normalen und pathologischen Verhältnissen. Zeitschr. f. exp. Pathol. u. Therapie, 1913, Bd. XII, S. 523.

Gertrude D. Bostock. Zur Kenntnis der Säureintoxikation. Hoppe-Seylers Zeitschr. f. physiol. Chemie, 1913, Bd. LXXXIV, S. 468.

M. J. Breitmann. Über Ödeme, die durch große Alkalidosen hervorgerufen werden (Sodaödeme). Zentralbl. f. inn. Med., 1913, Bd. XXXIV, S. 633.

Carl Coerper. Über zuckerspaltende Fermente in den Fäzes des gesunden und kranken Säuglings. Dissertation, Heidelberg 1912.

Angela M. Courtney, assisted by **A. Jessie Moore.** Observations of metabolism. (Stoffwechseluntersuchungen.) Amer. Journ. of Dis. of Childr., 1912, Bd. IV, S. 265.

Francis H. Mac Crudden. Chemical studies on intestinal infantilism. I. Endogenous metabolism: Kreatinin, Uric acid. (Chemische Studien über intestinalen Infantilismus. 1. Mitteilung. Endogener Stoffwechsel: Kreatinin, Harnsäure.) Journ. of Exper. Med., 1912, Bd. XV, S. 107.

— Die Bedeutung des Kalziums für das Wachstum. Deutsches Arch. f. klin. Med., 1913, Bd. CX, S. 90.

— The effect of fat and of carbohydrate diets on the excretion of creatin in cases od retarded development. (Die Einwirkung von fett- und kohlehydratreicher Nahrung auf die Ausscheidung von Kreatin bei Fällen von verzögerter Entwicklung.) Journ. of Exp. Med., 1912, Bd. XV, S. 457.

F. H. Mac Crudden und **H. L. Fales.** Chemical studies on intestinal infantilism. II. The relation of endogenous metabolism: nitrogen and sulphur distribution and calorimeter-experiments. (Chemische Untersuchungen über intestinalen Infantilismus. II. Mitteilung. Die Beziehungen zwischen endogenem und exogenem Stoffwechsel: Stickstoff- und Schwefelverteilung sowie kalorimetrische Versuche.) Journ. of Exper. Med., 1912, Bd. XV, S. 113.

— Complete balance studies of nitrogen, sulphur, phosphorus, calcium and magnesium in intestinal infantilism. (Vollständige Stoffwechselbilanzstudien über Stickstoff, Schwefel, Phosphor, Kalzium und Magnesium beim intestinalen Infantilismus.) Journ. of Exper. Med., 1912, Bd. XV, S. 450.

— Intestinal absorption in infantilism. (Intestinale Resorption beim Infantilismus.) Journ. of Exper. Med., 1913, Bd. XVII, S. 199.

— The cause of the failure to develop in infantilism. (Die Ursache für die mangelhafte Körperentwicklung beim intestinalen Infantilismus.) Journ. of Exper. Med., 1913, Bd. XVII, S. 202.

Ernst Durlach. Untersuchungen über die Bedeutung des Phosphors in der Nahrung wachsender Hunde. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol., 1913, Bd. LXXI, S. 210.

H. Elias. Über Kohlehydratstoffwechsel. Mitteilungen d. Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 152.

Rudolf Emmerich und **Oscar Loew.** Der Einfluß der Kalksalze auf Konstitution und Gesundheit. Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 1200.

Kurt Frank und **Georg Wolff.** Der Stoffwechsel eines atrophischen Säuglings. Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVIII, Ergänzungsheft 1.

Gaujoux. L'épreuve de la saccharosurie alimentaire chez le nourrisson, sa valeur pronostique appliquée à l'hérédo-syphilis et aux gastro-entérites. (Über alimentäre Saccharosurie bei Säuglingen und ihre prognostische Bedeutung bei hereditärer Syphilis und Gastroenteritis. Ann. de méd. et chir. enfant., 1913, Bd. XVII, S. 129.

Maurice Genty. Contribution à l'étude du métabolisme du phosphore dans l'organisme. Courbe d'élimination nyctémérale. Elément de diagnostic différentiel des vraies et fausses phosphaturies. (Beitrag zur Kenntnis des Phosphorstoffwechsels im Organismus. Eliminationskurve in 24 Stunden. Differentialdiagnostische Hilfsmittel bei echten und nicht echten Phosphaturien.) Thèse de Lyon, 1912, Nr. 94.

W. Gessner. Über den Fettstoffwechsel. Wiener klin. Wochenschr., 1913, Bd. XXVI, S. 492.

André Gouin und **P. Andouard.** Des échanges azotés de l'organisme. (Über den Stickstoffumsatz des Organismus.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol., 1913, Bd. LXXIV, S. 193.

Paul Grosser. Organische und anorganische Phosphate im Stoffwechsel. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk., 1913, Bd. XI, S. 119.

O. Hagemann. Beitrag zur Wirkung der Mineralsubstanzen im Tierkörper. Arch. f. d. ges. Physiol., 1912, Bd. CXXXXVI, S. 455.

Hans Hahn. Die Durchlässigkeit des Magendarmkanals ernährungsgestörter Säuglinge für an heterologes Eiweiß gebundenes Antitoxin. Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVII, S. 405.

Paul Heim. Kann die Theorie, daß das Salzfieber durch Wärmestauung verursacht wird, als widerlegt betrachtet werden? Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VIII, S. 332.

Friedrich Helferich. Experimenteller Beitrag zur Kenntnis des Zuckerfiebers. Dissertation, Marburg 1912 (C. Schaaf).

O. Herbst. Kalzium und Phosphor beim Wachstum am Ende der Kindheit. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VII, S. 161.

Alfred F. Hess. A consideration of the pancreas and its ducts in congenital obliteration of the bileducts. (Betrachtungen über das Pankreas und seine Ausführungsgänge bei kongenitalem Verschluß der Gallenwege.) Arch. of Internat. Med., 1912, Bd. X, S. 37.

— The pancreatic ferments in infants in acute intestinal indigestion (alimentary intoxication). (Die Pankreasfermente beim Kinde während akuter Ernährungsstörungen (alimentäre Intoxikation). Amer. Journ. of dis. of Childr., 1913, Bd. V, S. 268.

— The pancreatic lipase of infants in acute intestinal disturbances. (Die pankreatische Lipase von Säuglingen bei akuten Darmstörungen.) Proceed, of the soc. for exper., biol. a. med. New York 1913, Bd. X, S. 83.

L. Hirschstein. Über die Beziehung des Schwefels zum Stickstoff in Nahrungsmitteln mit besonderer Berücksichtigung der Frauen- und Kuhmilch. Zeitschr. f. physiol. und diät. Therapie, 1912, Bd. XVI, S. 705.

Otto Hirz. Über den Einfluß des Phosphors auf den respiratorischen Stoffwechsel. Dissertation, Marburg 1913 (R. Oldenbourg).

B. Raymond Hoobler. Protein metabolism in infants fed on protein milk. (Der Eiweißstoffwechsel bei Säuglingen, die mit Eiweißmilch ernährt sind.) Amer. Journ. of Dis. of Childr., 1913, Bd. V, S. 308.

Howland und **Dana.** A formula for the determination of the surface area of infants. (Formel zur Bestimmung der Körperoberfläche.) Amer. Journ. of Dis. of Childr., Juli 1913.

Nelson W. Janney. Die Ammoniakausscheidung im menschlichen Harne bei Zufuhr von Harnstoff und Natron. Dissertation, München 1912 (Trübner, Straßburg).

Gisa Kaminer und **Ernst Mayerhofer.** Über den klinischen Wert der Bestimmung des anorganischen Phosphors im Harne unnatürlich ernährter Säuglinge. (Bericht über 50 Fälle.) Zeitschr. f. Kinderheilkunde, 1913, Bd. VIII, S. 24.

Arthur Kost. Die Kalkverteilung im Organismus nach Aufnahme von Chlorkalzium. Dissertation, Bonn 1913.

Krone. Untersuchungen über den Kalkstoffwechsel bei Obstipation und Durchfall. Zentralbl. f. inn. Med., 1912, Bd. XXXIII, S. 597.

Friedrich Lehnerdt. Der Einfluß des Strontiums auf die Entwicklung des Knochengewebes wachsender Tiere bei verschiedenem Kalkgehalt der Nahrung. Zeitschr. f. d. ges. exper. Med., 1913, Bd. I, S. 175.

Graham Lusk und **J. A. Riche.** Animal calorimetry. Pap. 6. The influence of mixtures of foodstuffs upon metabolism. (Tierische Kalorimetrie. Mitteilung 6. Der Einfluß von Mischung von Nahrstoffen auf den Stoffwechsel.) Journ. of biol. chem., 1912, Bd. XIII, S. 185.

M. S. Maslow. Über die biologische Bedeutung des Phosphors für den wachsenden Organismus und seine Einwirkung auf die intrazellulären Fermente. Petersburger med. Zeitschr., 1913, Bd. XXXVIII, S. 97.

Ciro Mauro. Ricambio delle nucleine nei bambini cardiocirrotici. (Nukleinstoffwechsel bei Kindern mit Kardiozirrhose.) La Pediatria 1913, Bd. XI, S. 497.

Ernst Mayer. Diastase im Säuglingsharn. Biochemische Zeitschr., 1913, Bd. IL, S. 165.

John Mellanby und **V. J. Woolley.** The ferments of the pancreas. P. 2. The action of calcium salts in the generation of trypsin from trypsinogen. (Die Pankreasfermente. 2. Teil. Die Wirkung der Kalziumsalze bei der Entstehung des Trypsins aus Trypsinogen.) Journ. of physiol., 1913, Bd. XXXXVI, S. 159.

Enrico Mensi. Contributo allo studio del ricambio del cloro nel neonato. (Beitrag zur Kenntnis des Chlorstoffwechsels bei Neugeborenen.) Giorn. d. r. accad. di med. di Torino, 1912, Bd. LXXV, S. 3.

Erich Müller und **Ernst Schloß.** Beiträge zur Kenntnis des Stoffwechsels besonders der Mineralien im Säuglingsalter. 1. Einleitung. Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVII, S. 635.

Albert Niemann. Über den Stoffwechsel atrophischer Säuglinge. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VI, S. 375.

I. Novi. Le calcium et le magnésium du cerveau dans les différents âges. (Der Kalk- und Magnesiumgehalt des Gehirns in verschiedenen Altersstufen.) Arch. ital. de biol., 1913, Bd. LVIII, S. 333.

Oppenheimer. Ein Fall von vermehrter Glykuronsäureausscheidung bei Scharlach. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 1357.

Theodor Panzer. Einwirkung von Stickoxyd auf Diastase. Mitteilung 7. Hoppe-Seylers Zeitschr. f. physiol. Chemie, 1913, Bd. LXXXV, S. 292.

Willard S. Parker. Metabolism of a child with complete absence of the bile from the intestines. (Stoffwechsel eines Kindes mit völligem Gallenmangel im Darm.) Amer. Journ. of Dis. of Childr., 1913, Bd. V, S. 386.

Hans Rietschel. Inanition und Zuckerausscheidung im Säuglingsalter. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VII, S. 282.

Robbins. Semeiotic significance of pathologic findings in infant feces. (Bedeutung pathologischer Befunde im Säuglingsstuhle.) Journ. Lancet, 15. Mai 1913.

Gertrude D. Rostock. Zur Kenntnis der Säureintoxikation. Hoppe-Seylers Zeitschr. f. physiol. Chemie, 1913, Bd. LXXXIV, S. 468.

Rudolf Roubitschek. Alimentäre Galaktosurie bei experimenteller Phosphorvergiftung. Deutsches Arch. f. klin. Med., 1912, Bd. CVIII, S. 225.

M. B. Schmidt. Über die Organe des Eisenstoffwechsels und die Blutbildung bei Eisenmangel. Verhandl. d. deutschen pathol. Gesellsch., 1912, Bd. XV, S. 91.

J. Takeno. Beiträge zur Kenntnis des Stoffwechsels besonders der Mineralien im Säuglingsalter. II. Die Ausscheidung der wichtigsten organischen und anorganischen Nahrungsbestandteile im Kot unter wechselnden Ernährungbedingungen. Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVII, S. 640.

N. Voorhoeve. Zur Lehre des Kalkstoffwechsels. 1. Tuberkulose und Kalkstoffwechsel. Deutsches Arch. f. klin. Med., 1913, Bd. CX, S. 231.

– Zur Lehre des Kalkstoffwechsels. 2. Einfluß großer Kalkgaben auf die Kalkbilanz. Deutsches Arch. f. klin. Med., 1913, Bd. CX, S. 461.

– Zur Lehre des Kalkstoffwechsels, 3. Kalkarurie. Deutsches Arch. f. klin. Med., 1913, Bd. CXI, S. 29.

R. Wilhelm. Über die Guajakreaktion hemmende Substanzen im Harn. Mitteil. d. Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 155.

Ad. Würtz. Versuche über die Verteilung der Phosphorsäure auf Harn und Kot. Biochemische Zeitschr., 1912, Bd. XLVI, S. 103.

Zuckmayer. Beitrag zur Aufnahme und Verwertung von Kalk und Phosphorsäure durch den Darm. Arch. f. d. ges. Physiol., 1912, Bd. CIII, S. 225.

– The influence of high protein feedings on the general metabolism, on the intestinal flora and on the body temperature of infants. (Der Einfluß großer Eiweißmengen auf den gesamten Stoffwechsel, die Darmflora und die Körpertemperatur des Säuglings.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1912, Bd. IV, S. 265.

Fötus und Embryo.

M. Boissard. Mort du foetus et foetus macérés. (Tod des Fötus und mazerierte Föten.) Arch. mensuelles d'Obstétr. et de Gynécol., 1913, Bd. XVIII, S. 455.

Debeyre. Description d'un embryon humain de 0·9 mm. (Beschreibung eines menschlichen Embryo von 0·9 mm.) Journ. de l'Anat. et de la Phys. norm. et pathol., 1912, Bd. III., S. 448.

Grillo. Beziehungen zwischen dem Fötus und der Mutter. Übergang von Substanzen durch den Mutterkuchen vom Fötus zur Mutter. Verh. internat. Kongreß f. Geburtshilfe., 1912, Bd. VI, S. 618.

Franklin Paradise Johnson. The development of the mucous membrane of the large intestine and vermiform process in the human embryo. (Zur Entwicklung der Schleimhaut des Dickdarms und des Processus vermiformis beim menschlichen Embryo.) Amer. Journ. of Anat., 1913, Bd. XIV, S. 187.

Hugo Kretschmann. Über den intrauterinen Übergang von Antikörpern auf die Frucht. Dissertation, Halle, 1912. (Kämmerer.)

Frederic T. Lewis. The form of the stomach in human embryos with notes upon the nomenclature of the stomach. (Die Form des embryonalen Magens und Bemerkungen über die Nomenklatur des Magens.) Amer. Journ. of Anat., 1912, Bd. XIII, S. 477.

Thomas Lewis und **Herbert W. Allen.** An instance of premature beat arising in the auriculoventricular bundle of a young child. (Ein Beispiel vorzeitiger Herzschläge, ausgehend vom Hisschen Bündel, bei einem jungen Kinde.) Amer. Journ. of the Med. Sciences, 1913, Bd. CVL, S. 667.

Giuseppe Sirigu. Sul passaggio della stricnina dalla madre al feto. (Über den Übergang des Strychnins vom Muttertier auf den Fötus.) Gaz. internaz. di med., chirurg., 1913, S. 269.

Neugeborene.

Friedrich Ahlfeld. Riesenkinder. Zeitschr. f. Geburtsh., 1912, Bd. LXXII. S. 602.

L. Altenbach. L'enfant peut-il mourir pendant le travail sans expulser son méconium. (Kann das Kind während der Geburt sterben, ohne sein Mekonium auszustoßen?) Thèse de Paris, 1912, Nr. 16.

Amesse. Hemorrhage of the Newborn. (Blutungen der Neugeborenen. Colorado Med., April 1913.

P. Balard. L'oscillomètre de Pachon, critère de la persistance de la circulation dans la mort apparente du nouveau-né. (Das Oszillometer von Pachon. Zur Beurteilung der Existenz einer Blutzirkulation bei scheintot geborenen Kindern.) Presse méd., 1913. Bd. XXI, S. 253.

— Modifications évolutives du pouls et de la tension artérielle chez le neouvau-né dans les premiers jours de la vie étudiées par l'oscillomètre. — Sur la cause de la diminution de fréquence du pouls chez le nouveau-né dans les premières heures de la vie. (Veränderungen von Puls und Blutdruck beim Neugeborenen in den ersten Lebenstagen, studiert mit dem Oszillometer. — Über die Ursache der Verminderung der Pulsfrequenz beim Neugeborenen in den ersten Lebensstunden.) Journ. de méd. de Bordeaux, 1912, S. 753.

— Mort apparente d'un nouveau-né en période agonique démentie par l'oscillomètre de Pachon. (Nachweis des Scheintodes bei einem Neugeborenen in der Agonie mit Hilfe des Pachonschen Oszillometers.) Soc. d'obstétr., gynécol. et pédiatrie de Bordeaux, 1913. Juli.

S. Canestrini. La vita del neonato. (Das Leben des Neugeborenen. Riv. di clin. pediat., 1912, Bd. X, S. 756.

Romolo Costa. Osservazioni sulle placente dei feti macrosomi. (Beobachtungen über die Plazenta der Riesenwuchskinder.) Ann. di obstétr. ginecol., 1913, Bd. XXXV, S. 253.

P. Delmas und **J. Delmas.** Sur l'emploi de l'oxygène pur comme traitement de la mort apparente du nouveau-né. (Über die Anwendung

von reinem Sauerstoff beim Scheintod der Neugeborenen.) La méd. infant., 1912, Bd. XVI, S. 210.

Dervieux. Sur la vitabilité des nouveau-nés. (Über die Lebensfähigkeit der Neugeborenen.) Rev. de med. lég., 1913, Bd. XX, S. 1.

J. Clifton Edgar. The infant pulmotor. An apparatus for artificial respiration on asphyxiated newly born infants. (Der „Pulmotor" für Kinder; ein Apparat für künstliche Respiration bei asphyktischen Neugeborenen.) Amer. Journ. of Obstetr., 1913, Bd. LXVII, S. 255.

F. Engelmann. Die Sauerstoffdruckatmung zur Bekämpfung des Scheintods der Neugeborenen. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 325.

Fraser. The care of the newborn. (Die Pflege der Neugeborenen.) Kentucky Med. Journ., 1. Juni 1913.

Conway A. Frost. Nerves and the nursery mother. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 608.

Paolo Gaifami, jun. Emoperitineo in neonati. Contributo all' anatomia patologica dell' asfissia endo-uterina e alle cause meno frequenti di morte del neonato. (Hämatoperitoneum bei Neugeborenen. Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der intrauterinen Asphyxie und zu den selteneren Todesursachen des Neugeborenen.) Ginecologia, 1913, Bd. IX, S. 497.

Z. Goldfeld. Die Abhängigkeit der körperlichen Entwicklung Neugeborener vom Berufe der Eltern. Zeitschr., f. Geburtsh. 1912, Bd. LXXII, S. 407.

Evarts A. Graham. The pathogenesis of the hemorrhagic diseases of the newborn. (Die Pathogenese der hämorrrhagischen Erkankungen des Neugeborenen.) Journ. of Exper. Med., 1912, Bd. XV, S. 307.

Fritz Heller. Die Albuminurie neugeborener Kinder. Zeitschr. f. Kinderheilkunde, 1913, Bd. VII, S. 303.

— Zur Physiologie des neugeborenen Kindes. Sammelreferat. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. IV, S. 505.

Ada Hirsch. Befunde beim Icterus neonatorum. Mitteil. d. Gesellsch. f. inn. Med., u. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 149.

Fritz Joachim Joelsohn. Über Blutungen bei Neugeborenen mit besonderer Berücksichtigung der Melaena neonatorum. Dissertation, Berlin 1913 (Herm. Blanke).

Alfred Kaul. Über abnorm schwere Neugeborene und ihre Gestationszeit. Dissertation, Breslau 1912 (Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei).

E. Kehrer. Über Tetanie Neugeborener. Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVII, S. 629.

Kelley. Hemorrhagic diseases of the new-born. (Hämorrhagische Krankheiten der Neugeborenen.) Journ. Iowa State Med. Soc., Januar 1913.

S. Kerness. Die Sterblichkeit der Kinder in den ersten 8 Tagen nach der Geburt und ihre Ursache. München 1912, Dissertation, 34 Seiten (R. Müller & Steinicke).

Geo. W. Kosmak. Immediate treatment of depresses fractures of the skull in the new-born. (Unmittelbare Behandlung von Impressionsfrakturen des Schädels beim Neugeborenen.) Amer. Journ. of Obstetr., 1913, Bd. LXVII, S. 264.

Max Krüger-Franke. Über eine seltene Erkrankung eines Neugeborenen. (Akute Tetanie.) Zentralbl. f. Gynäkol., 1913, Bd. XXXVII, S. 58.

Legludic. La strangulation d'un nouveau-né par un lien, pendant l'accouchement, après dégagement de la tête de la vulve. (Strangulation eines Neugeborenen durch ein Band während der Geburt nach Heraustreten des Kopfes aus der Vulva.) Ann. d'hyg. publ., 1912, Bd. XVII, S. 371.

Edmund Maliwa. Beitrag zur Kenntnis des Icterus neonatorum. Med. Klin., 1913, Bd. IX. S. 297.

E. Mensi. Sulla curva del polso e del respiro del neonato umano. (Über die Puls- und Respirationksurve des menschlichen Neugeborenen.) Riv. di clin. pediatrica, 1912, Bd. X, S. 729.

Moore. Hemorrhage of new-born infant. (Hämorrhagie bei einem Neugeborenen.) West Virginia Med. Journ., Januar 1913.

Fritz Noack. Der Übergang von mütterlichen Scheidenkeimen auf das Kind während der Geburt. Zeitschr. f. Geburtshilfe, 1912, Bd. LXXII, S. 739.

M. Oyamada. Über Riesenkinder. Beiträge z. Geburtshilfe u. Gynäkol., 1912, Bd. XVII, S. 93.

Felix Petermöller. Neue Beiträge zur Behandlung des Nabelschnurrestes der Neugeborenen. Dissertation, München 1912 (Karger, Berlin).

Poursin. L'hématémèse du nouveau-né. Thèse de Lyon, 1912.

Woldemar Schmitz. Untersuchungen zur Pathogenese und Klinik des Icterus neonatorum. Dissertation, Gießen 1913 (O. Kindt).

Schönberg. Mehrere Fälle von Tentoriumriß bei Neugeborenen. Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte, 1912, Bd. XXXXII, S. 1373.

Max Soldin. Über einen Fall von verzögertem Mekoniumabgang. Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVII, S. 453.

T. Soli. Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Schädelimpressionen bei Neugeborenen. Arch. f. Gynäkol., 1912, Bd. LXXXXVII, S. 283.

Thibault. Des hémorragies méningées du nouveau-né. Etude clin. et médico-légale. (Meningeale Blutungen beim Neugeborenen. Klinische und Gerichtsärztliche Studie.) Thèse de Lyon, 1912, Nr. 44.

Tissier. La vitabilité des nouveau-nés. (Die Lebensfähigkeit der Neugeborenen.) La méd. infant., 1912, Bd. XVI, S. 135.

Amandus Trepper. Über die Gewichtsabnahme der Neugeborenen. Dissertation, Gießen 1913 (Otto Kindt).

Voron und **Volmat.** Autopsie d'un enfant né d'une mère diabétique et mort douze heures après la naissance. Présentation de pièces. (Demonstration der Präparate von der Autopsie eines Kindes, das von einer diabetischen Mutter geboren wurde und 12 Stunden nach der Geburt starb.) Lyon méd., 1913, Bd. CXX, S. 1021.

Fritz Wolff. Beiträge zur Entstehung der Melaena neonatorum durch retrograde Embolie, nebst Mitteilung eines Falles von Volvulus beim Neugeborenen. Zeitschr. f. Geburtshilfe, 1912, Bd. LXXII, S. 438.

Deux nouveau-nés, assistés de la Seine, morts de froid après le transport de Paris à Etang sur Arroux. (Kältetod zweier Neugeborener nach dem Transport von Paris nach Etang sur Arroux.) Clin. infant., 1912, Bd. X, S. 449.

Frühgeburt.

Georges-Raoul Détré. L'avenir des prématurés, des rapports avec la syphilis héréditaire. (Das Schicksal der Frühgeborenen, Beziehungen zur hereditären Lues.) Thèse de Paris, 1912.

Jennings C. Litzenberg. Long interval feeding of premature infants. (Lange Pausen bei der Ernährung von Frühgeburten.) Amer. Journ. of Dis. of Childr., 1912, Bd. IV, S. 391.

Iwan Rosenstern. Debilitas congenita und spasmophile Diathese. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VIII, S. 171.

G. Variot und **Pironneau.** La débilité congénitale. Causes, variétés, pronostic, traitement. (Kongenitale Debilität, ihre Ursachen, Varietäten, Prognose, Behandlung.) La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 481.

Max Wall. Über die Weiterentwicklung frühgeborener Kinder mit besonderer Berücksichtigung späterer, nervöser, psychischer und intellektueller Störungen. Monatschr. f. Geburtshilfe, 1913, Bd. XXXVII, S. 456.

Konstitution und Diathesen.

Bantlin, Pellidol und **Azodolen.** Zur Behandlung der Ekzeme bei exsudativer Diathese. Münchener med. Wochenschr., 1912, Bd. LIX, S. 2107.

Jul. Bartel. Zur Frage des Konstitutionsproblems. Med. Klin., 1913, Bd. IX, S. 217.

Gerhard Hutchinson Cocks. A contribution to the pathology and clinical diagnosis of status lymphaticus. (Ein Beitrag zur Pathologie und klinischen Diagnose des Status lymphaticus.) Transact. of the 18th ann. meet. of the Amer. laryngol., rhinol. a otol. soc., 1912, S. 338.

H. Curschmann. Zerebrale Syndrome der Tetanie und die Kalziumtherapie. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 1912, Bd. VL, S. 405.

Rudolf Fisehl. Tetanie und tetanoide Zustände im Kindesalter. Klin. therap., Wochenschr., 1913, Bd. XX, S. 101.

Ernst Freudenberg und **Ludwig Kloeman.** Untersuchungen zum Spasmophilieproblem. Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVIII, S. 47.

J. Galup. Le Lymphatisme diathèse d'anaphylaxie-immunité, une conception générale des diathèses. La Presse médicale, 1913, Nr. 32, S. 313.

Clifford G. Grulee. The relation of the parathyroid gland to infantile tetany. (Die Beziehungen der Epithelkörper zur Säuglingstherapie.) Journ. Amer. Med. Assoc., 1912, Bd, LIX, S. 937.

Benno Grünfelder. Bromcalcium in der Behandlung des Laryngospasmus und der Tetanie. Therapeut. Monatshefte, 1913, Bd. XXVII S. 416.

von Hansemann. Die Konstitution als Grundlage von Krankheiten. Med. Klin., 1912, Bd. VIII, S. 933.

R. de Josselin de Jong. Neuere Ansichten über die Bedeutung der Konstitution. Geneeskunde Bladen, 1913, Bd. XVII, S. 1.

Max Kassowitz. Krampf der Bronchialmuskeln und Spasmophilie. Wiener klin. Wochenschr., 1913, Bd. XXVI, S. 466.

Hans Kern. Über Harnsäureausscheidung bei exsudativen Kindern und ihre Beeinflussung durch Atophan. Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVIII, S. 141.

Richard Lederer. Über ein noch nicht beschriebenes Krankheitsbild der spasmophilen Diathese. Wiener klin. Wochenschr., 1913, Bd. XXVI, S. 286.

André Léri. L'anaphylaxie dans la pathogénie des maladies diathésiques, de l'arthritisme en particulier. (Die Anaphylaxie in der Pathogenese der Diathesen.) La clin. (Paris), 1912, Bd. VII, S. 657.

Francesco Luna. Osservazioni cliniche e anatomo-pathologiche sullo „status lymphaticus" in rapporto con le malattie infettive acute nell' infanzia. (Klinische und pathologisch-anatomische Beobachtungen über „Status lymphaticus" in Beziehung zu den Infektionskrankheiten im Kindesalter.) La Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 241.

F. Lust. Die Pathogenese der Tetanie im Kindesalter. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 1087.

L. F. Meyer. Spasmophilie. Berliner klin. Wochenschr., 1912, Bd. IL, S. 1277.

L. Pollini. Tetania infantile e paratiroidi. (Kindertetanie und Epithelkörperchen.) Riv. di clin. pediatrica, 1912, Bd. X, S. 803.

I. Rosenstern. Die spasmophile Diathese und ihre Behandlung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 1913, Bd. X, S. 230.

Fedor Schmey. Vom Wesen der Skrofulose. Tuberculosis. 1912, Bd. XI, S. 385.

H. A. Stheeman. Eosinophilie als constitutie-Kenmerk. (Eosinophilie als Konstitutionszeichen.) Nederl. maandschr. v. verloskinde en vrouwenziekten en kinderziekten, 1913, Bd. II, S. 239.

S. Unterberger. Die Bedeutung der lymphatischen Konstitution für den Verlauf der Krankheiten. Petersburger med. Wochenschr., 1912, Bd. XXXVII, S. 224.

Eduard Zetzschke. Über Spasmophilie. Dissertation, Erlangen 1912, (Junge & Sohn).

Fritz Zybell. Die Einwirkung alimentärer und pharmakodynamischer Faktoren auf den Verlauf der Spasmophilie. Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVIII, S. 29. Ergänzungsheft.

Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen mit Ausnahme von Tuberkulose und Lues.

Max Abesser. Wesen, Verhütung und Bekämpfung der akuten spinalen Kinderlähmung vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med., 1913, Bd. VL, S. 149.

Adler. Circumscribed epidemic of diphtheria. (Begrenzte Diphtherieepidemie.) Boston Med. & Surg. Journ., 6. Februar 1913.

A. M. Alden. The staphylococcus-spray treatment of diphtheria carriers. (Die Behandlung der Diphtheriebazillenträger mit dem Staphylokokkenspray.) Journ. of the Amer. med. Assoc., 1913, Bd. LX, S. 1876.

Amato. Sur une nouvelle constatation morphologique dans le sang des scarlatineux. (Neue morphologische Entdeckung im Blut der Scharlachkranken.) Académie royale des Sciences médicales de Palerme, 26, April 1913.

John F. Anderson und **Joseph Goldberger.** Recent advances in our knowledge of measles. (Neue Fortschritte in unserer Forschung über Masern.) Amer. Journ. of Dis. of Childr., 1912, Bd. IV, S. 20.

John F. Anderson und **Wade H. Frost.** Transmission of poliomyelitis by means of the stable fly. (Poliomyelitisübertragung durch Stallfliegen.) Lancet, 1912, Nr. 4657, S. 1502.

H. Aronson und **P. Sommerfeld.** Die Giftigkeit des Harnes bei Masern und anderen Infektionskrankheiten. Deutsche med. Wochenschr., 1912, Bd. XXXVIII, S. 1733.

— Weitere Mitteilungen über die Giftigkeit des Harnes bei Masern und anderen Infektionskrankheiten. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 455.

B. Auché und **Dantin.** Paralysie diphtérique à forme pseudo-tabétique survenue chez un adulte et rapidement guérie par les injections de sérum antidiphthérique. (Dyphtherische Paralysie in Pseudotabetischer Form bei einem Erwachsenen. Schnelle Heilung durch Diphtherieseruminfektionen.) Journ. de méd. de Bordeaux, 1912, Nr. 41, S. 649.

Bachmann. Maßregeln gegen Diphtherie in der Stadt Harzburg. Zeitschrift f. Medizinalbeamte, 1913, Bd. XXVI, S. 216.

Baderna. L'adalina nella cura della pertosse. (Das Adalin in der Keuchhustenbehandlung.) Riv. di clin. pediatrica, 1912, Bd. X, S. 802.

Barbarin. Les interventions ostéo-articulaires dans la paralysie infantile. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Bd. 377.

W. Barikine. Etudes sur la réaction entre la toxine et l'antitoxine diphthériques. Premier mémoire. (Untersuchungen über die Reaktion zwischen Diphtherietoxin und Antitoxin. Erste Mitteilung.) Zeitschr. f. Immunitätsforschung, 1912, Bd. XV, S. 329.

Bass. Laboratory diagnosis of cerebrospinal meningitis. (Laboratoriumdiagnose der Zerebrospinalmeningitis.) New Orleans Med. & Surg. Journ., Mai 1913.

Albert Howard Baugher und **Robert J. Gay.** An epidemic of bacillary dysentery in institutional children. (Eine Epidemie von bazillärer Dysenterie bei Anstaltskindern.) Transact. of the Chicago pathol. soc., 1913. Bd. IX, S. 8.

George Wesley Beally. Rectal administration of the salicylates in the influenca of infancy. (Rektale Anwendung der Salizylpräparate gegen Influenza bei Kindern.) Med. Record, 1912, Bd. LXXXII, S. 199.

Harvey G. Beek. Duodenal medication of ipecac in the treatment of amebic dysentery. (Duodenale Verabreichung von Ipecacuanha zur Behandlung der Amöbendysenterie.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 2110.

E. v. Behring. Über ein neues Diphtherieschutzmittel. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 873.

– Dritte Mitteilung über v. Behrings neues Diphtherieschutzmittel. Anhang. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 980.

Alexander Belak. Über die diagnostische Bedeutung der Döhleschen Leukozyteneinschlüsse. Deutsche med. Wochenschr., 1912, Bd. XXXVIII, S. 2454.

Albert J. Bell. Observations upon scarlet fever, diphtheria, and measles at the Cincinnati contagious hospital. (Beobachtungen über Scharlach, Diphtherie und Masern im Spital für Infektionskrankheiten in Cincinnati.) Amer. Journ. of the Med. Scienc., 1912, Bd. CXLIV, S. 669.

C. van Bemmel. Ein Fall von Diphtheritis larvata. Nederl. Tijschrift voor Geneeskunde, 1913, Bd. II, S. 534.

Erich Benjamin. Die Therapie des Scharlachs. Therapeutische Monatshefte, 1913, Bd. XXVII, S. 97.

Walter Beyer. Diphtheriebazillen im Harn. Münchener med. Wochenschrift, 1913, Bd. LX, S. 240.

M. Björkstén. Über Serumbehandlung der Skarlatina. Finska Läkarsällsk. Handl., 1912, Bd. LIV, S. 20.

H. Bongartz. Sind die Einschlüsse in den polynukleären Leukozyten bei Scharlach als pathognomonisch anzusprechen? Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 544.

J. Bonhoure. La spondylite typhique. (Typhöse Spondilitis.) Thèse de Doctorat, Paris, 1912.

E. Bordet und **V. Danulescu.** Recherches électriques dans la poliomyélite des singes. (Elektrische Untersuchungen bei der Poliomyelitis der Affen.) Arch. d'électr. méd. exper. et clin., 1912, Bd. XX, S. 369.

Bernhard Bösensell. Über erschwertes Décanulement und Diphtheriezezidiv. Dissertation, Kiel, 1912 (Trapp, Bonn.)

P. Bottelli. Un caso di malaria curata coi raggi Röntgen. (Ein durch Röntgenstrahlen geheilter Malariafall.) Riv. di clin. pediat., 1912, Bd. X, S. 798.

David J. R. Bovaird. On the mode of infection in epidemic cerebrospinal meningitis. (Die Art der Infektion bei epidemischer Zrerebrospinalmeningitis.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1912, Bd. IV, S. 317.

Brady. Report of a case of pneumococcus meningitis with normal cerebrospinal fluid. (Fall von Pneumokokkenmeningitis mit normaler Zerebrospinalflüssigkeit.) Journ. Amer. Med. Assoc., 29. März 1913.

F. Brandenberg. Zur Epidemiologie und Therapie der epidemischen akuten Kinderlähmung. Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte, 1912., Bd. XXXXII, S. 1265.

Wilhelm Braun. Die Bedeutung und Durchführbarkeit von Prophylaxe und Frühbehandlung der Diphtherie. Deutsche med. Wochenschrift, 1913, Bd. XXXIX, S. 255.

M. Brelet. Traitement de la Diphtérie. (Behandlung der Diphtherie.) La méd. infant., 1912, Bd. XVI, S. 97, 121.

Mera Briek. Über Herzveränderungen bei Pertussis. Virchows Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., 1913, Bd. CCXII, S. 404.

Brown. Measles: periodic cycles of virulence. (Virulenzzyklen bei Masern.) New York Med. Journ., 7. Juni 1913.

Brückner. Zur Frage der fortgesetzten Intubation bei der Behandlung der diphtherischen Kehlkopfstenose. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VI, S. 500.

Max Brückner. Zur Frage der praktischen Bedeutung der Blutdruckmessung bei der Diphtherie. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 372.

— Zur Prophylaxe der Diphtherie. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 554.

Dario Caffarena. Sul significato del fenomeno di Rumpel-Leede nella scarlattina. (Die Bedeutung des Rumpel-Leedeschen Phänomens bei Skarlatina.) La Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 129.

Campbell. Rheumatism in children. (Rheumatismus bei Kindern.) Illinois Med. Journ., März 1913.

Giuseppe Campora. Considerazioni sopra un caso di paralisi vesicale da poliomielite. (Betrachtungen über einen Fall von Blasenparalyse durch Poliomyelitis.) Gazz. degli osp. e delle clin., 19. Dezember 1912.

Caverly. Prevention of measles and whooping-cough. (Verhütung von Masern und Keuchhusten.) Vermont Med. Journ., 15. März 1913. Wachenheim.

Chatin und **R. Rendu.** Spondylite typhique chez un enfant. (Spondylitis typhosa bei einem Kind.) Lyon med., 1912, Bd. CXIX, S. 821.

F. Chevrel und **G. Bourdinière.** Deux cas mortels de méningite cérébrospinale non méningococcique causés par un coccus polymorphe. (Zwei tödliche Fälle von Meningitis cereborspinalis ohne Meningokokken verursacht durch einen polymorphen Kokkus.) Soc. med. des hôp., Oktober 1912.

Pierce Clark. A clinical contribution to our knowledge of poliomyelitis, with cortical involvement. (Klinischer Beitrag zur Kenntnis der Poliomyelitis.) Journ. of nervous and mental Dis., 1912, Bd. XXXIX, S. 128.

Paul F. Clark. The action of subdural injections of epinephrin in experimental poliomyelitis. (Die Wirkung subduraler Epinephrininjektionen bei experimenteller Poliomyelitis.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, LIX, S. 367.

Clark. Serotherapy for cerebrospinal meningitis. (Serotherapie bei Zerebrospinalmeningitis.) Kentucky Med. Journ., 1. Juni 1913.

Clay. Noma. Mississippi Med. Monthly, März 1913.

J. Comby. Infections paratyphiques dans l'enfance. (Paratyphus beim Kinde.) Arch. de méd. des enfants, 1912, Bd. XV, S. 771.

Comby. La fièvre typhoide chez les nourrissons. (Typhus beim Säugling.) Arch. de méd. des enfants, Bd. 16, H. 5. Referat. Thorspecken.

Erich Conradi. Über das Vorkommen von Diphtheribazillen im Nasen- und Rachensekret ernährungsgestörter Säuglinge. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 512.

Heinrich Conradi. Vorarbeiten zur Bekämpfung der Diphtherie. G. Fischer, Jena, 1913.

B. Glanvill Corney. A note on an epidemic of measles at Rotuma 1911. (Notiz über eine Masernepidemie auf Rotuma im Jahre 1911.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1913, Bd. X, S. 252.

René Cruchet. Considérations cliniques sur le tétanos et la tétanie, spécialement chez l'enfant. (Klinische Betrachtungen über Tetanus und Tetanie, speziell im Kindesalter.) La Pathol. infant., 1912, Bd. IX, S. 145.

Culkin. Antitoxin in diphtheria. (Heilserum bei Diphtherie.) New York State Journ. of Med., Juli 1913.

W. T. Cummins. The leukocytic inclusions of Döhle. (Die Döhleschen Leukozyteneinschlüsse.) Journ. of Med. Res., 1913, XXVII, S. 529.

J. Curtillet und P. **Lombard.** Tétanos anormal apparu chez un enfant, malgré une injection préventive de sérum antitétanique. Sérothérapie intrarachidienne et sous-cutanée à doses massives, guérison. (Abnorm verlaufender Tetanus bei einem Kind, trotz präventiver Injektion von Antitetanusserum. Intravertrebrale und subkutane Serumbehandlung mit stärksten Dosen. Heilung.) Bull. et mém. de la Soc. de chirurg. de Paris, 1913, Bd. XXXIX, S. 121.

John Marshall Day. Return cases of scarlatina. („Heimkehrfälle" bei Scharlach.) Dublin Journ. of Med. Scienc. Ser., 1913, Bd. III, S. 329.

Thomas W. Dewar. Whooping-cough treated by intravenous injections of iodoform. (Behandlung des Keuchustens mit intravenösen Jodoforminjektionen.) Brit. Med. Journ., 1912, Nr. 2699, S. 681.

George Draper und **John M. Hanford.** Experiments on the transmission of scarlet fever on the lower monkeys. (Versuche betreffend die Übertragung des Scharlachs auf niedere Affen.) Journ. of exper. Med., 1913, Bd. XVII, S. 517.

R. Dueastaing. Sur un cas de cystite an cours d'une scarlatine, (Über einen Fall von Zystitis im Verlaufe des Scharlachs.) Journ. d'urol., 1913, Bd. III, S. 329.

A. R. Dujarric de la Rivière. Méningitis à pseudo-méningocoques et à paraméningocoques. (Meningitis durch Pseudo-meningokokken und durch Para-meningokokken.) Thèse de Paris, 1912, Nr. 86.

R. Duthoit. Soixante-douze cas de coqueluche traités per le sérum Bordet-Gengou. (72 Keuchhustenfälle mit Bordet-Gengouschem Serum behandelt.) Journ. méd. de Bruxelles. 1912, Bd, XVII, S. 437.

A. L. Dynkin. Zur Pathogenese und Klinik der zerebralen postdiphtherischen Lähmungen. Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVIII, Ergänzungsheft, S. 267.

Walther Ehrhardt. Ein Beitrag zur Behandlung der Diphtherie mit großen Serumdosen. Dissertation, Kiel 1912 (H. Fiencke).

Elliott. The heart in diphtheria. (Das Herz bei Diphtherie.) New Orleans Med. a. Surg. Journ., April 1913.

A. d'Espine und **H. Mallet.** Un cas de thrombose cardiaque dans la diphthérie. (Ein Fall von Herzthrombose bei Diphtherie.) Rev. méd. de la Suisse romande, 1912, Bd. XXXII, S. 60.

L. Fellchenfeld. Hautreiz bei Windpocken. Berliner klin. Wochenschr., 1912, Bd. IL, S. 1612.

Anthony Feiling. The blood and the cerebro-spinal fluid in mumps. (Blut und Zerebrospinalflüssigkeit bei Mumps.) Lancet, 1913, Bd. CLXXXV, S. 71.

Walter Fiedler. Über Blutdruckmessungen an diphtheriekranken Kindern. Dissertation, Leipzig 1912. (E. Lehmann.)

R. Fievez. Meningite cérébrospinale épidémique, guérie par l'injection subcutanée de sérum de Flexner. (Meningitis cerebrospinalis epidemica. Heilung durch subkutane Injektion von Flexnerschem Serum) Scalpel 1912, 15. September.

Fischer. Large doses of antitoxin, given early; means of preventing laryngeal stenosis. (Verhütung der Kehlkopfstenose mittels früher Anwendung großer Heilserumdosen.) Med. Record, 22. Februar 1913.

Simon Flexner. The mode of infection in epidemic poliomyelitis. (Infektionsmodus bei Poliomyelitis.) Journ. of the Amer. med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 1371.

V. Fragale. Contributo allo studio della malaria nei neonati e nella prima infanzia. (Beitrag zum Studium der Malaria bei Neugeborenen und in der ersten Kindheit.) Gaz. internaz. di med. chir., 1913, S. 265.

Alfred Friedlander. Etiology and diagnosis of scarlet fever. A review of recent literature. (Ätiologie und Diagnose des Scharlachs. Über-

sicht der neueren Literatur.) Interstate med. Journ., 1913, Bd. XX, S. 55.

Johannes Fries. Isolierte Erregbarkeitsstörung des Ventrikels bei einem Fall von Diphtherie. Dissertation, Würzburg 1912.

B. Frisco. La malattia di Heine-Medin a forma epidemica. Osservazioni cliniche e considerazioni. (Die Heine-Medinsche Krankheit in epidemischer Form. Klinische Beobachtungen und Erwägungen. Ann. di clin. med., 1913, B. IV, S. 1.

E. Fronz. Zur Prophylaxe des Keuchhustens. Wiener med. Wochenschrift, 1912, Bd. LXII, S. 2297.

E. Gagnoni. La malaria nei bambini. (Malaria beim Kinde.) Riv. di clin. Pediatrica, Mai 1912.

Paolo Galli. La terapia colloidale nelle forme anormale e complicate di morbillo. (Die Kolloidtherapie bei den abnormen und komplizierten Formen der Masern.) Gaz. degli osp. e delle clin., 1913 Bd. XXXIV, S. 138.

Pierre Gastinel. Des réactions d'infection et d'immunité dans la vaccine et la variole. (Infektions- und Immunitätsreaktionen bei der Vakzine und der Variola.) Thèse de Paris, 1913.

Em. Gaujoux. Les lavages au sérum antiméningococcique dans le traitement de la méningite cérébro-spinale. (Spülungen mit Antimeningokokkenserum bei epidemischer Genickstarre.) Ann. de méd. et chir. infant., 1912, Bd. XVI, S. 677.

Gautier. Note sur 150 cas de scarlatine observé à la clinique infantile de Genève. (Notiz über 150 Scharlachfälle aus der Kinderklinik Genf.) Rev. méd. de la Suisse romande, 1912, Bd. XXXII, S. 584.

Pierre Gautier. Recherches sur la scarlatine, l'association de la scarlatine et de la rougeole, l'hémoculture dans la scarlatine. (Untersuchungen über Skarlatina, Zusammentreffen von Skarlatina und Morbillen, Blutkultur bei Skarlatina.) Thèse de Genève, 1912, Bd. 429.

Bruno Gettkant. Über Klassenepidemien von Diphtherie. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 123.

Heinrich A. Gins. Zur Färbung der Diphtheriebazillen. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 502.

Alfredo Gismondi. Malattia di Heine-Medin con lesione dei fasci piramidali. (Heine-Medinsche Krankheit mit Läsion der Pyramidenbündel.) Gazz. degli osp. e delle clin., 8. September 1912.

Joseph Goldberger und **John F. Anderson.** Some recent advances in our knowledge of typhus. (Einige neuere Fortschritte in unseren Kenntnissen über den Typhus.) Journ. of the Amer. med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 514.

R. Goldmann. Zur Frage der Serumtherapie der Diphtherie. (Bemerkungen zu dem Artikel von Reiche: Klinisches und Kritisches zur Beringschen Antitoxinbehandlung.) Med. Klin., 1913, Bd. IX, S. 505.

Goldstein. Sore throat and diphtheria. (Angina und Diphtherie.) New Jersey Med. Soc. Journ., Februar 1913.

F. Göppert. Der Darm bei foudroyant verlaufender Genickstarre. Ein Beitrag zur Lehre vom Status lymphaticus, zur Lehre Wolfgang Heubners von den Kapillargiften und zur Erklärung der parenteral bedingten Durchfälle.) Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VII, S. 97.

Chas. C. Green. Serum treatment of cerebro-spinal meningitis. (Serumbehandlung der Zerebrospinalmeningitis.) Southern med. Journ., 1913, Bd. VI, S. 100.

Greene. Diagnosis and treatment of diphtheria. (Diagnose und Behandlung der Diphtherie.) Boston Med. a Surg. Journ., 18. Juni 1913.

Joseph B. Greene. Removal of adenoids as a preventive measure after exposure to measles. (Entfernung von Adenoiden als Präventivmaßregel nach Kontakt mit Masern.) Medical Record, 1912, Bd. LXXXII, S. 388.

Greenwell. Case of laryngeal diphtheria. (Kehlkopfdiphtheria.) Kentucky Med. Journ., 15. Januar 1913.

Georges Guillain und **Guy Laroche.** Note sur la physiologie pathologique des paralysies diphtériques. (Über die pathologische Physiologie der diphtherischen Lähmungen.) Bull. et mém, de la soc. méd. des hôp. de Paris 1913, Bd. XXIX, S. 4.

A. G. Gurko. Vier Fälle von Kala-Azar. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankheiten, 1913, Bd. LXXIV, S. 355.

Johannes Haas. Die Heimkehrfälle (Return cases) unter den Scharlacherkrankungen des städtischen Elisabethkrankenhauses zu Aachen in den Jahren 1893 bis 1910 inklusive. Dissertation, Bonn 1912, (Emil Eisele).

Hahn. Über Antikörperbildung bei Diphtherie. Experimentelles und Klinisches. Kongr. f. inn. Med., Wiesbaden 1913.

Benno Hahn. Über Diphtherieimmunität. Fortschritte der Medizin, 1913, Bd. XXXI, S. 197.

Francis Harbitz. Epidemic poliomyelitis in Norway, its etiology and the possibilities of its prevention. (Die epidemische Poliomyelitis in Norwegen, ihre Ätiologie und die Möglichkeit ihrer Verhütung.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 782.

Harriehausen und **J. Wirth.** Toxinbefunde im Blute diphtheriekranker Kinder. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VII, S. 132.

H. Hässner. Über Regeneration von Nierenepithelien bei Diphtherie. Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch., 1913, Bd. 1, S. 289.

Th. Heeter. Ein Scharlachfall mit seltener Komplikation. Petersburger med. Wochenschr., 1912, Bd. XXXVII, S. 263.

C. Hegler. Mumpsartige Erkrankungen der Zungenspeicheldrüse. (Sialoadenitis sublingualis acuta epidemica.) Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch., 1913, Bd. I, S. 229.

P. G. Heinemann. The epidemic of sore throat in Chicago. (Die Epidemie von Halsentzündung in Chicago.) Journ. of the Amer. med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 716.

Arthur A. Herold. A virulent case of epidemic cerebrospinal meningitis, four hundred and twenty cubic centimeters of serum administered; recovery. (Ein virulenter Fall von epidemischer Zerebrospinalmeningitis, Heilung nach Injektion von 420 cm^3 Serum.) Journ. of the Amer. med. Assoc., 1912 Bd. LIX, S. 444.

Herz. Aus der Mappe eines alten Arztes. Eine erprobte medikamentöse Behandlung des Keuchhustens. Allgem. med. Zentralzeitung, 1912, Bd. LXXXI, S. 387.

Otto Hesse. Ehrlichs Amidobenzaldehydreaktion im Harne bei Scharlach und scharlachähnlichen Exanthemen. Med. Klin., 1913, Bd. IX, S. 294.

Walter Hetzer. Über Stomatitis bei Scharlach und Scharlachrezidive. Dissertation, Jena 1912, (F. Stollberg).

M. Heulz. Pemphigus congénital à kystes épidermiques, non héréditaire, remarquable par l'intensité des lésions trophiques, chez un sujet âgé de 17 ans. (Kongenitaler Pemphigus mit Epidermis-zysten, bemerkenswert durch die Intensität der trophischen Störungen.) Bull. de la Soc. franç. de Derm., 1912, S. 333.

Felix Hirschberg. Über Meningitis cerebrospinalis epidemica. Dissertation, Freiburg i. B. 1912 (R. Trenkel).

Hubbard. The differentiation of the erythema of scarlet fever and that of German measles. (Unterscheidung der Erytheme des Scharlachfiebers und der Röteln.) Med. Record 2. August 1913.

Humphreys. Diphtheria. Mississippi Med. Monthly, Juli 1913.

Hutinel. Le pneumonie-typhus. (Der Pneumotyphus.) La Pathol. infant., 1912, Bd. IX, S. 177.

— Le syndrome malin dans la scarlatine. (Der maligne Symptomenkomplex im Verlauf des Scharlachs.) Bull. méd., 1913, Bd. XXVII, S. 231.

Hutinel. Réactions méningées au cours des poliomyélites. (Meningeale Erscheinungen im Verlauf der Poliomyelitis.) Paris méd., 1913, S. 181.

Jochmann. Salvarsan bei Scharlach. Kongreß f. inn. Med., Wiesbaden 1913.

— Zur Prophylaxe der Diphtherie. Med. Klin., 1913, Bd. IX, S. 948.

Arnold Josefson. Experimentelle Untersuchungen über die Möglichkeit einer Übertragung der Kinderlähmung durch tote Gegenstände und durch Fliegen. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 69.

M. Issailovitch-Dusciau. Hémoplégie après scarlatine chez une femme en couche. (Hemiplegie nach Scharlach bei einer Wöchnerin.) Press. méd., 1912, Bd. XX, S. 1025.

Kelin. Whooping-cough. (Keuchhusten.) New York Med. Journ., 15. März 1913.

Foster Kennedy. A case of a acute epidemic poliomyelitis. (Ein Fall von akuter epidemischer Poliomyelitis.) Journ. of nerv. a. mental Dis., 1912, Bd. XXXIX, S. 558.

W. N. Klimenko. Zur Frage über den experimentellen Scharlach. Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVII, S. 679.

Carl Kling. Die Ätiologie der Kinderlähmung. Wiener klin. Wochenschr., 1913, Bd. XXVI, S. 41.

Carl Kling, Wilhelm Wernstedt und **Alfred Petterson.** Recherches sur le mode de propagation de la paralysie infantile épidémique (maladie de Heine-Medin). Zeitschr. f. Immunitätsforsch., 1912, Bd. XVI, S. 17.

R. Klinger. Epidemiologisches über Diphtherie. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1913, Bd. XXXXIII, S. 641.

— Über einige Fälle von „Influenza"-Meningitis. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1912, Bd. XXXXII, S. 1289.

Max Knebel. Beiträge zur bakteriologischen Diagnose und Statistik der Diphtherie. Dissertation, Gießen 1912 (Carl Hause).

John Albert Kolmer. A study of streptococcus antibodies in scarlet fever with special reference to complement fixation reactions. (Eine Studie über Streptokokken-Antikörper beim Scharlach mit spezieller Berücksichtigung der Komplementbindungsreaktionen.) Arch. of Internat. Med., 1912, Bd. IX, S. 220.

— Leukocytic „Inclusion Bodies" with special reference to scarlet fever. (Einschlüsse in Leukozyten mit besonderer Berücksichtigung des Scharlachs.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1912, Bd. IV, S. 1.

— The bacteriology of diphtheria. (Die Bakteriologie der Diphtherie. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 142.

Henry Koplik. Meningitis of the epidemic type in children below two years of age. (Meningitis epidemischer Art bei Kindern unter zwei Jahren.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LX, S. 1755.

N. Krasnogorski. Gibt es einen spezifi-chen Geruch bei Infektionskrankheiten? Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVIII, S. 63.

Martin Kretschmer. Zur Pathogenese des Scharlachs. Jahrb. f. Kinderheilkunde, 1913, Bd. LXXVIII, S. 278.

Labanowski. Communication au sujet d'une forme rarement observée d'oreillons. (Bericht über eine seltene Form von Parotitis epidemica.) Année méd. de Caen, 1913, Bd. XXXVIII, S. 66.

M. Lafforgue. Syndromes méningés et pseudo-méningés dans la scarlatine. (Meningitische und pseudomeningitische Syndrome beim Scharlach.) La Pathol. infant., 1912, Bd. IX, S. 135.

G. R. Lafora. Histopathological report of a case of poliomyelitis anterior epidemica. (Histopathologischer Befund bei einem Falle von epidemischer Poliomyelitis anterior.) Bull. of the Gov. hosp. for the insane, 1912, Nr. 4, S. 65.

L. Lagane. La vaccinothérapie anticoqueluche. (Pertussis-Vakzinotherapie.) La Presse méd., 1913, Nr. 60, S. 606.
— Le bacille de Pfeiffer chez le nourrisson, les méningites cérébro-spinales pfeifférienne. (Der Pfeiffersche Bazillus beim Säugling. Die Influenzameningitiden.) Nourrisson, 1913, Bd. I, S. 144
G. Avé Lallemant. Zur Kenntnis tödlicher Spätblutungen nach dem Luftröhrenschnitt bei Diphtherie. Mitteil. a. d. Grenzgeb. f. inn. Med. u. Chir., 1912, Bd. XXV, S. 66.
K. Landsteiner, C. Levaditi und **Danulesco.** Contribution à l'étude de la scarlatine expérimentale. (Beitrag zum experimentellen Scharlach.) Compt. rend. de la soc. de Biol., 1912, Bd. LXXII, S. 358.
Henry F. Langhorst. Possible transmission of poliomyelitis through the dog. (Poliomyelitisübertragung, die möglicherweise durch Hunde bewirkt wurde.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 2312.
William H. Leede. Beiträge zur Diphtherie mit besonderer Berücksichtigung der pathologisch-anatomischen Organ- und bakteriologischen Leichenblutbefunde in ihrem Verhalten zum klinischen Bilde. Zeitschr. f. klin. Med., 1913, Bd. LXXVII, S. 297.
— Die Hemiplegia postdiphtherica. (Postdiphtherische Hemiplegie.) Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VIII, S. 88.
— Scarlet fever, diagnoses and complications. (Diagnose und Komplikationen des Scharlachfiebers.) Northwest Med., Juli 1913.
W a c h e n h e i m.
Lenzmann. Über die Beeinflussung des Scharlachs durch intravenöse Salvarsaninjektionen. Med. Klin. 1912, Bd. VIII, S. 687.
Jerome S. Leopold. The result of recent researches into the etiology of measles. (Resultat neuerer Untersuchungen über Masernätiologie.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd, XXX, S. 356.
Levaditi. Virus de la poliomyélite et culture des cellules in vitro. (Poliomyelitisvirus und Zellenkultur in vitro.) Soc. de Biol., Paris, 26. Juli 1913.
C. Levaditi und **V. Danulesco.** La pénétrabilité du virus de la poliomyélite à travers la muqueuse nasale et l'action préventive des antiseptiques appliqués localement. (Das Penetrationsvermögen des Poliomyelitisvirus durch die Nasenschleimhaut und der prophylaktische Wert lokaler Antiseptika.) Compt. rend. de la Soc. de Biol., 1912, Bd. LXXIII, S. 252.
S. C. Lind. Atypical pharyngeal diphtheria. (Atypische Diphtherie des Pharynx.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LX, S. 1412.
- Diphtheria carriers. (Diphtheriebazillenträger.) Cleveland Med. Journ., Juni 1913.
Artur Lippmann und **A. Hufschmidt.** Zur Frage nach der Bedeutung der Doehleschen Leukozyteneinschlüsse beim Scharlach. Zentralbl. f. inn. Med., 1913, Bd. XXXIV, S. 369.
A. Longo. Contributo alla conoscenza della febre di Malta nell' età infantile. (Beitrag zur Kenntnis des Maltafiebers im Kindesalter.) Riv. osped., 1913, Bd. III, S. 3.
Lorey. Neue Gesichtspunkte zur Behandlung der Diphtherien des Scharlachs und von eitrigen Prozessen. Med. Klin., 1912, Bd. VIII, S. 1069.
— Scharlachbehandlung mit Salvarsan. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 95.
W. T. Lorenz und **Mazyck P. Ravenel.** The treatment of diphtheria-carriers by overriding with staphylococcus aureus. (Die Behandlung der Diphtheriebazillenträger mit Staphylokokken-Spray.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 690.
Robert W. Lovett. The work of the Massachusetts State board of health in the investigation of infantile paralysis. (Die Tätigkeit des Massachusettes staatlichen Gesundheitsamtes bei der Erforschung der Kinderlähmung.) Boston Med. a. surg. Journ., 1913, Bd. CLXVIII, S. 109.

William P. Lucas und **Robert B. Osgood.** Transmission experiments with the virus of poliomyelitis. Finding the virus in the nasal secretion of a human carrier four months after the acute of a second attack of poliomyelitis. (Übertragungsversuche mit dem Poliomyelitisvirus. Nachweis des Virus im Nasensekret bei einem menschlichen Träger vier Monate nach dem akuten Stadium einer zweiten Poliomyelitisattacke) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LX, S. 1611.

Francesco Luna. Contributo alla conoscenza della febbre mediterranea nei lattanti. (Beitrag zur Kenntnis des Maltafiebers bei Säuglingen.) La rif. med., 1912, Bd. XXVIII, S. 646.

K. K. K. Lundsgaard. Einige Fälle von erworbener Augenmuskellähmung bei Kindern. (Poliomyelitis ant., Heine-Medinsche Krankheit.) Klin. Monatsblätter f. Augenheilk., 1912, Bd. XIV, S. 734.

Harold W. Lyall. Meningitis in an infant caused by the typhoid bacillus. (Meningitis beim Kind, hervorgerufen durch Typhusbazillen.) Journ. of Med. res., 1913, Bd. XXVII, S. 457.

Hornor Mallory und **Henderson.** The relation of the Bordet-Gengou bacillus to the lesion of pertussis. (Die Beziehung des Bordet-Gengouschen Bazillus zur Erkrankung mit Keuchhusten.) Boston Med. and surg. Journ., 1913. Bd. CLXVIII, S. 28. Journ. of Med. res., 1913, Bd. XXVII, S. 391.

George E. Malsbary. Treatment of poliomyelitis. (Die Behandlung der Poliomyelitis.) Internat. Clin., 1913, Bd. XXIII, S. 1.

M. Manicatide. Der Komplementbindungsvorgang bei Keuchhusten. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VII, S. 226.

Mann. Laryngeal diphtheria. (Laryngeale Diphtherie.) Arkansas Med. Soc. Journ., April 1913.

Wilfred H. Manwaring. The effects of subdural injections of leucocytes on the development and course of experimental tuberculous meningitis. Pap. 2 (Der Einfluß subduraler Leukozyteninjektion auf Einwirkung und Verlauf von experimentell erzeugten Meningitiden.) Journ. of exper. Med., 1913, Bd. XVII, S. 1.

A. B. Marfan und **L. Lagane.** L'ars-énobenzol n'empêche pas le développement de la rougeole. (Salvarsan verhindert nicht den Ausbruch von Masern.) Compt. rend. de la soc. de Biol., 1912, Bd. LXXII, S. 525.

Louis Martin. Quelques statistiques concernant la mortalité de la diphthérie. (Einige Statistiken über die Diphtheriemortalität.) Bull. et mém. de la soc. méd. d. hôp. de Paris, 1913, Bd. XXIX, S. 381.

Alfred Mathies. Gibt es für Scharlach und seine Komplikationen eine familiäre Disposition? und andere Scharlachfragen. Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVIII, Ergänzungsheft, S. 116.

O. Mauthner. Die Erkrankung des Nervus octavus bei Parotitis epidemica. Arch. f. Ohrenheilk., 1912, Bd. LXXXVII, S. 223.

Hans Mautner. Harntoxizität und Masern. Deutsche med. Wochenschrift, 1912, Bd. XXXVIII, S. 2215.

Pietro Mazzitelli. Intorno a un caso di meningite cerebro-spinale da diplococco di Weichselbaum, contributo alla terapia cogli autovaccine alla Wright. (Über einen Fall von Meningitis cerebrospinalis durch Weichselbaumschen Diplokokkus. Beitrag zur Behandlung mit Wrightscher Autovakzine.) Riv. Ospedaliera, 1912, Nr. 19.

Francis H. Mead. Scarlet fever; is the desquamatory stage contagious? (Scharlach; ist das Desquamationsstadium ansteckend?) Med. Record, 1913, Bd. LXXXIII, S. 293.

A. Melchiorri. Contributo alla conoscenza di una rara complicazione della tifoide nei bambini. (Beitrag zur Kenntnis einer seltenen Komplikation des Typhus bei Kindern.) La Pediat., 1913, Bd. XXI, S. 321.

Livio Merelli. Sulla etiologia della parotite epidemica. (Über die Ätiologie der epidemischen Parotitis.) Pathologica, 1912, Bd. XCI, S. 15.

H. Méry, H. Salin und **A. Wilborts.** Un cas de méningite à paraméningocoques traitée et guérie par le sérum antiparaméningococcique. (Ein Fall von Meningitis durch Parameningokokken, behandelt und geheilt durch Antiparameningokokkenserum.) Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1913, Bd. XXIX, S. 411.

P. Ménétrier und **P. Brodin.** Méningite à paraméningocoque chez un nourrisson. (Pseudomeningokokkenmeningitis beim Säugling.) Clin. infant., 1912, Bd. X, S. 389.

Enrico Mensi. Sul contegno della temperatura nel periodo di latenza del Morbillo. (Verhalten der Temperatur in der Latenzperiode bei Masern.) La Pediat., 1913, Bd. XXI, S. 573.

Menville. Symptoms and diagnosis of diphtheria. (Symptome und Diagnose der Diphtherie.) New Orleans Med. und Surg. Journ., Juli 1913.

O. Meyer. Spontanes Entstehen des Rumpel-Leedeschen Phänomens. Deutsche med. Wochenschr., 1912, Bd. XXXVIII, S. 2019.

Oswald Meyer. Zur Kasuistik der Epityphlitis bei Scharlach sowie der wiederholten Scharlacherkrankung. Berliner klin. Wochenschrift, 1913, Bd. L, S. 488.

J. Milhet. Traitement de la fièvre typhoide chez l'enfant. (Behandlung des Typhus im Kindesalter.) La méd. infant., 1912, Bd. XVI, S. 176.

M. Millan. Paralysie générale infantile. (Infantile allgemeine Paralyse.) Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1912, Bd. XXVIII, S. 317.

Morgan. Diphtheria septicaemia, with report of a case. (Bericht über einen Fall von Diphtherieseptikämie.) Amer. Journ. of Dis. of Child., April 1913.

Alfonso Montefusco. Un caso di coesistenza di varicella e scarlattina. (Über einen Fall von gleichzeitiger Erkrankung an Scharlach und Varizellen.) Giorn. internaz. d. scienze med., 1913, Bd. XXXV, S. 145.

Edward Morgan. Diphtheria septicemia with report of a case. (Septikämie bei Diphtherie nebst Mitteilung eines Falles.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. V, S. 317.

R. Morieheau-Beauchant, R. Guyonnet und **Corbin.** Deux cas simultanés de poliomyélite aiguë chez deux enfants d'une même famille. Paralysies typiques chez l'un; simple état méningé chez l'autre. (Zwei gleichzeitig aufgetretene Fälle von akuter Poliomyelitis bei zwei Kindern derselben Familie, typische Lähmungen bei dem einen, einfacher meningealer Zustand bei dem andern.) Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1913, Bd. XXIX, S. 543.

Moss. Nasal diphtheria in the public schools. (Nasendiphtherie in der Schule.) New Orleans Med. and Surg. Journ., April 1913.

G. Mouriquand, Dujol und **Santy.** Paludisme chez un enfant corse (hématozoaire constaté dans le sang). (Malaria bei einem Kind — Plasmodien im Blute.) Lyon Méd., 1912, Bd. CXIX, S. 933.

Mulholland. Vincent's angina in children. (Angina Vincenti bei Kindern.) Laryngoscope. Dezember 1912.

Eduard Müller. Die Epidemiologie der sogenannten spinalen Kinderlähmung. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 1912, Bd. VL, S. 212.

Erich Müller. Akute Infektionen im Säuglingsalter. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 1108.

J. E. Müller. Seltene, durch den Diphtheribazillus hervorgerufene Erkrankungen. Deutsches Arch. f. klin. Med., 1913, Bd. CIX, S. 583.

P. Lockhart Mummery. Treatment of acute abdominal cases in children. (Behandlung akuter Abdominalerkrankungen im Kindesalter.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1913, Bd. X, S. 49.

Charles Mc Neil und **J. P. Mc Gowan.** Inquiry into outbreaks of febrile illness, with rapidly fatal cases, occurring in a boy's industrial school near Edinburgh. (Untersuchungen über Endemien von fieberhaften Erkrankungen mit rasch zu Tode führenden Fällen in einer Industrieschule für Knaben in der Umgebung von Edinburgh.) Med. Journ., 1913, Bd. X, S. 201.

Netter. Contagiosité de la poliomyélite. Présence du contage dans les fosses nasales. Sa persistance. Transmisson par les sujets sains. Saprophylaxie. (Übertragung der Poliomyelitis. Vorhandensein des Virus in der Nasenhöhle.) Rev. de méd. légale., 1912, Bd. XIX, S. 80.

— La contagiosité de la poliomyélite. (Die Ansteckungsfähigkeit der Poliomyelitis.) La méd. infant., 1912, Bd. XV, S. 155.

— Relation entre certaines méningities curables et la poliomyélite. (Die Beziehung gewisser heilbarer Meningitiden zur Poliomyelitis.) Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1912, Bd. XXVIII, S. 679.

M. Neustädter. A contribution to the etiology of poliomyelitis. (Ätiologie der Poliomyelitis.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 785.

— Poliomyelitis in guinea-pigs. (Poliomyelitis bei Meerschweinchen.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LX, S. 982.

Matthias Nicoll. Present-day opinions of the value of the so-called inclusion bodies in scarlet fever. (Gegenwärtige Meinungen über den Wert der sogenannten Einschlußkörper beim Scharlach.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 346.

Matthias Nicoll, Charles Krummwiede, Josephine S. Pratt und **Jesse G. M. Bullowa.** Four cases of typhus fever (Brill's disease) in one family, with successful inoculation into guinea-pigs and monkeys. (Vier Fälle von Typhus exanthematicus [Brills Krankheit] in einer Familie, mit erfolgreichen Übertragungsversuchen auf Meerschweinchen und Affen.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 521.

Charles Nicolle und **A. Conor.** Vaccinothérapie dans la coqueluche. (Vakzinebehandlung des Keuchhustens.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de l'acad. des scienc., 1913, Bd. CLVI, S. 1849.

Nohl. Zur Ätiologie und Therapie der Mastitis puerperalis. Med. Klinik, 1912, Bd. VIII, S. 1862.

Oberholzer. Einige Beobachtungen über das psychogene Moment beim Keuchhusten. Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte, 1912, Bd. XLII, S. 1361.

Max Oker-Blom. Zur Bekämpfung des Scharlachs in den Schulen. Internat. Arch. f. Schulhyg., 1912, Bd. VIII, S. 517.

Julius Pallesen. Über akute Infektionen Neugeborener. (Stomatitis, Pemphigus, Furunkulose und Mastitis.) Dissertation, Kiel, 1913.

Lucas, William Palmer und **Edward Lewis Prizer.** An experimental study of measles in monkeys. (Eine experimentelle Studie über Masern an Affen.) Journ. of Med. Research, 1912, Bd. XXVI, S. 181.

C. Martin Du Pan. Péritonite purulente généralisée traitée par la méthode de Fowler-Murphy. (Eitrige allgemeine Peritonitis nach Fowler-Murphy behandelt.) Rev. méd. de la Suisse romande, 1912, Bd. XXXII, S. 711.

A. Papppenheim. Über die Natur der Döhleschen Scharlachkörperchen. Folia hämatol. Arch., 1913, Bd. XV, S. 379.

Paridaens. Méningitie cérebrospinale. Importance de la ponction lombaire. Valeur du traitement sérothérapique. (Zerebrospinal-Meningitis. Bedeutung der Lumbalpunktion. Wert der serotherapeutischen Behandlung.) Progrès méd. Belge, 15. Oktober 1912.

Arthur H. Parmelee. Epidemic cerebrospinal meningitis. (Epidemische Zerebrospinalmeningitis.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LX, S. 659.

Clemens von Pirquet. Das Bild der Masern auf der äußeren Haut. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VI, S. 1.

— Fünfjähriges Mädchen mit einem atypischen Rubeolenexanthem und Reihen von Varizellen. Mitteilungen der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde, Wien, 1913, Bd. XII, S. 116.

E. Popper. Prophylaxe der Poliomyelitis acuta und Behandlung ihrer Folgezustände. Sammelreferat. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. XV, Nr. 3. W. Freund (Breslau).

A. Ravenna. Un caso di poliomielite subacuta in una bambina di 10 mesi. Osservazione clinica ed anatomo-patologica. (Ein Fall von subakuter Poliomyelitis bei einem 10 Monate alten Mädchen, klinisch und pathologisch-anatomisch beobachtet.) Riv. di clin. pediat., 1912, Bd. X, S. 840.

Max Reh. Über Bronchialdiphtherie. Dissertation, Greifswald 1912 (J. Abel).

F. Reiche. Klinisches und Kritisches zur Behringschen Antitoxinbehandlung der Diphtherie. Med. Klin., 1913, Bd. IX, S. 11.

— Über Rezidive bei Diphtherie. Mitteilungen a. d. Hamburger Staatskrankenhaus, 1913, Bd. XIV, S. 33.

— Zweitausend weitere mit Behringschem Serum behandelte Diphtheriefälle. Mitteillungen a. d. Hamburger Staatskrankenhaus, 1913, Bd. XIV, S. 43.

F. Reiche und **W. H. Leede.** Mitteilungen aus der Diphtheriestation. Mitteilungen a. d. Hamburger Staatskrankenanstalt, 1913, Bd. XIII, S. 163.

Emil Reiß. Zur Behandlung des Scharlachs mit Rekonvaleszentenserum. Bemerkungen zu der Arbeit von Dr. E. Benjamin „Die Therapie des Scharlachs" in dem Februarheft der Therapeutischen Monatshefte, 1913. Therapeutische Monatshefte, 1913, Bd. XXVII, S. 430.

Jules Renault. Myélite métatyphique chez un enfant de quatre ans. Bacillurie éberthienne persistant cinq mois après le début de l'infection. (Myelitis nach Typhus bei einem 4jährigen Kinde. Typhusbazillen im Urin 5 Monate nach Beginn der Infektion.) La clin. infant., 1913, Bd. XI, S.494.

— Tétanos traité par les injections massives de sérum antitétanique. Soc. méd. des hôp., 1912, S. 463.

Jules Renault und **Pierre-Paul Lévy.** Myélite métatyphique chez un enfant de quatre ans. Bacillurie éberthienne persistant cinq mois après le début de l'infection. (Myelitis metatyphica bei einem 4 jährigen Kinde. Bazillurie [Eberth] durch 5 Monate nach Beginn der Infektion). Bull. et mém. de la soc méd. des hôp. de Paris, 1913, Bd. XXIX, S. 80.

Robert Rendu. Les inhalations d'air chaud dans le traitement de la diphtérie. (Heißluftinhalationen bei der Behandlung der Diphtherie.) Gaz. des hôp., 1913, Bd. LXXXVI, S. 217.

Richardson. Treatment of laryngeal stenosis after diphtheria. (Behandlung von Larynxstenose nach Diphtherie.) Boston Med. a. Surg. Journ., 22. Mai 1913. Wachenheim.

Dujarric de la Rivière. Méningites à pseudoméningocoques et méningites à paraméningocoques. Thèse de Paris, 1913.

H. Roger und **J. Baumel.** Céphalée dans les maladies infectieuses aiguës. Traitée et guérie par la ponction lombaire. (Kopfschmerz bei den akuten Infektionskrankheiten. Behandlung und Heilung durch Lumbalpunktion.) Rev. de méd., 1913, Bd. XXXIII, S. 40.

Mark. H. Rogers. Pathology of typhoid spine. (Pathologie der „Typhoid spine".) Boston med. and Surg. Journ., 1913, Bd. CLXVIII, S. 348.

Artur Rogowski. Über die Bekämpfung von Diphtherie und Scharlach in den Großstädten. Zeitschr. f. Medizinalbeamte, 1913, Bd. XXVI, S. 48.

J. D. Rolleston. Diphtheritic paralysis. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 335.

M. J. Rosenau. The mode of transmission of poliomyelitis. (Die Art der Poliomyelitisübertragung.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LX, S. 1612.

Athole Ross. A case of meningitis, in which the only organism that could be cultivated from the cerebrospinal fluid during life, was a bacillus of the proteus group. (Ein Fall von Meningitis, bei dem als einziger Mikroorganismus während des Lebens aus der Zerebrospinalflüssigkeit ein Bazillus aus der Proteusgruppe gezüchtet werden konnte.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXIII, S. 1292.

Carl Rother. Über postdiphtherische Abduzenslähmungen. Dissertation, Breslau 1912.

M. J. Rouvier. Un cas d'érysipèle chez un nouveau-né. (Ein Fall von Erysipel bei einem Neugeborenen.) Bull. de la Soc. d'Obstétr. et de Gynécol. de Paris, 1912, Bd. I, S. 87.

E. Roux. Note sur le traitement de la coqueluche. (Bemerkungen zur Behandlung des Keuchhustens.) Prov. méd., 1913, Bd. XXV, S. 104.

Rucker. Whooping cough: its nature and prevention. (Natur und Verhütung des Keuchhustens.) West Virginia Med. Journ., Januar 1913.

John Ruhräh. A brief report of an epidemic of sore throat with involvement of the cardial lymph-nodes. (Kurzer Bericht über eine Epidemie von Halsentzündung mit Anschwellung der zervikalen Lymphdrüsen.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1912, Bd. IV, 1912, S. 301.

Russell. Antityphoid vaccination in children. (Antityphusimpfung bei Kindern.) Journ. Amer. Med. Assoc., 1. Februar 1913.

Pietro Sabella. La parotite quale complicazione nel colera e nelle malattie atasso-adinamiche in genere. (Die Parotitis als Komplikation der Cholera und der entkräftenden Krankheiten.) Morgagni, 1913, Bd. LV, S. 44.

H. Salin und **F. d'Allaines.** Méningite à bacilles de Koch et à pseudo-méningocoques. Bull. de la soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 404.

E. Arthur Saunders. A case of paraplegia after whooping-cough in a child aged 5. (Ein Fall von Paraplegie nach Keuchhusten bei einem 5jährigen Kinde.) Lancet, 1913, Bd. CLXXXIV, S. 100.

Fritz Schanz. Zur Prophylaxe der Diphtherie. Med. Klin. 1913, Bd. IX, S. 295.

Curt Schelenz. Weitere Beobachtungen über die Urobilinogenreaktion im Harne Scharlachkranker, Med. Klin., 1913, Bd. IX, S. 622.

Scheppegrell. Diphtheria of the ear and nasopharynx. (Ohren- und Nasenrachenraumdiphtherie.) New Orleans Med. and Surg., Journ. April 1913.

J. C. Schippers und Cornelia de Lange. Über eine Epidemie der Heine-Medinschen Krankheit in den Niederlanden während des Jahres 1912. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VIII, S. 359.

— Zur Bedeutung der Döhleschen Zelleinschlüsse. **Berliner** klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 544.

Felix Schleißner. Scharlach-Infektionsversuche an Affen. **Prager** med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXVIII, S. 233.

Chrisitian Schöne. Experimentelle Untersuchungen über die Wirksamkeit großer Serumdosen bei der Diphtherievergiftung. Deutsches Arch. f. klin. Med., 1913, Bd. CX, S. 305.

— Über den Nachweis von Diphtherieantitoxin im Blutserum der damit behandelten Kranken und über die Frage der Dosierung des Heilserums. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 256.

Carl Schoug. Die Länge der Inkubationszeit bei der akuten Kinderlähmung (Heine-Medinsche Krankheit.)Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 493.

Franz Schrammen. Über Diphtheriebazillenträger in einem Kölner Schulbezirk. Zentralbl. f. Bakteriologie, 1913, Bd. LXVII, S. 423.

Ernst Schreiber. Zur Prophylaxe und Therapie der Diphtherie. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 928.

Herm. Schridde. Untersuchungen zur Entzündungsfrage. Die Entstehung der kleinzelligen Infiltrate in der Niere bei Scharlach und Diphtherie Beitr. z. pathol. Anat., 1913, Bd. LV, S. 345.

Schulz. Eine seltene Miterkrankung der epidemischen Ohrspeicheldrüsenentzündung. Deutsche militärärztl. Zeitschr., 1913, Bd. XXXXII, S. 177.

Gerhard Schwaer. Über die hämolytische Diagnose der Röteln. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 1203.

Johanna Schwenke. Über die diagnostische Bedeutung der Döhleschen Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach. Münchener med. Wochenschrift, 1913, Bd. LX, S. 752.

Scott. Value of pertussis vaccine. (Wert der Keuchhustenvakzine.) New York Med. Journ., 25. Januar 1913.

Antonio Sebastiani. Sui vaccini colerici. (Über Choleravakzine.) Ann. d'ig. speriment., 1912, Bd. XXII, S. 569.

Seemann. Control of diphtheria. New Orleans Med. and Surg. Journ., April 1913. Wachenheim.

L. A. Sexton. Abortive types of small-pox. (Abortive Typen von Varizellen.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 285.

Lewis A. Sexton. Return cases of scarlet fever. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 360.

Otto Seydel. Halsentzündungen und Diphtherie in der Schule. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1913, Bd. XXVI, S. 444.

E. Mather Sill. The vaccine treatment of whooping-cough. (Die Vakzinebehandlung des Keuchhustens.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913. Bd. V, S. 379.

– Treatment of erysipelas in Infants by means of vaccines. (Vakzinebehandlung des Erysipels bei Säuglingen.) Med. Record, 29. März 1913.

R. Silvestrini. Lo studio del germe patogeno in varii casi sporadici di meningite cerebro-spinale. (Das Studium des Krankheitserregers bei verschiedenen sporadischen Fällen von Zerebrospinalmeningitis.) Clin. med. ital., 1913, Bd. LII, S. 65.

Paul Sittler. Die Therapie der Diphtherie. Fortschritte der Medizin, 1913, Bd. XXXI, S. 225, 365.

Sivori und **G. Costantini.** L'immunizzazione per via gastrica a scopo profilattico nella difterite. (Prophylaktische Immunisierung gegen Diphtherie auf stomachalem Wege.) Ann. dell' istit. Maragliano, 1913, Bd. VI. S. 410.

Slataper. Epidemic Meningitis. New York Med. Journ., 15. Februar 1913. Wachenheim.

Smith. Meningitis in Infancy. (Meningitis im Säuglingsalter.) Illinois Med. Journ., März 1913. Wachenheim.

W. L. Somerset. Scarlet fever. (Scharlach.) New York Med. Journ., 1913, Bd. LXXXXVII. S. 239.

Sommer. Jugendfürsorge in den Niederlanden. Zentralbl. f. Vormundschaftswesen, Jugendgerichte u. Fürsorgeerziehung, 1913, Bd. V, S. 33.

Abraham Sophian und **J. Black.** Prophylactic vaccination against epidemic meningitis. (Prophylaktische Impfungen gegen epidemische Meningitis.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 527.

A. Soucek. Masernrezidiv, Keuchhustenrezidiv und Parotitis mit Meningitissymptomen. Wiener med. Wochenschr., 1912, Bd. LXII, S. 2082.

H. Sowade. Beitrag zur Kenntnis der Hautdiphtherie. Arch. f. Dermat. u. Syphilis, 1912, Bd. CXIII, S. 1039.

Wilhelm von Starck. Die Diagnose der Poliomyelitis acuta. Med. Klin., 1912, Bd. VIII, S. 2057.

Felix Starke. Über Poliomyelitis anterior chronica. Dissertation, Greifswald 1912 (Abel).

Irving David Steinhardt. The diagnosis and treatment of scarlet fever. (Die Diagnose und Behandlung des Scharlachs.) Intern. clin., 1913, Bd. XXIII, S. 23.

Karl Steinhoff. Beitrag zur Lehre von der postdiphtherischen Lähmung. Dissertation, Kiel 1912.

Max Stolz. Die Beziehungen der akuten Infektionskrankheiten zu den weiblichen Geschlechtsorganen. Klin.-ther. Wochenschr., 1913, Bd. XX, S. 541.

A. Strümpel. Über Störungen der Sensibilität bei der akuten Poliomyelitis (P. acuta posterior). Nebst Bemerkungen über die Leitung der Sensibilität im Rückenmark. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde, 1912, Bd. VL, S. 124.

P. Szekeres. Über die Behandlung der Skarlatina mit polyvalentem Antistreptokokkenserum nach Moser. Wiener klin. Wochenschr., 1912, Bd. XXV, S. 914.

Pierre Teissier und **Pierre-Louis Marie.** Essais de sérothérapie variolique. (Versuche mit Serumbehandlung der Blattern.) Rev. internat., de la vacc., 1913, Bd. III, S. 356.

C. Thalacker. Beeinflussung verschiedener Erkrankungen durch akute Infektionskrankheiten. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 1913, Bd. XXXXVII und IIL, S. 762.

A. E. Thayer. Epidemic cerebro-spinal meningitis. (Epidemische Zerebrospinalmeningitis.) Southern Med. Journ., 1913, Bd. VI, S. 95.

O. Thomsen. Experimentelle Untersuchungen über die Poliomyelitis. Zweite Mitteilung. Zeitschr. f. Immunitätsforschung, 1912, Bd. XIV, S. 198.

William Hanna Thomson. Sporadic and epidemic poliomyelitis. (Sporadische und epidemische Poliomyelitis.) Med. Record, 1912, Bd. LXXXII, S. 239.

Trambusti. La quinine dans le traitement de la scarlatine. (Chinin in der Scharlachbehandlung.) Académie royale des Scienc. méd. de Palerme, 26. April 1913.

H. Triboulet. Pneumococcie et réactions intestinales. Les pneumonies secondaires de la rougeole. (Pneumokokkensepsis und intestinale Erscheinungen. Die Pneumonie im Gefolge der Masern.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1913, Bd. XXIX, S. 475.

Triboulet, Debré und **Paraf.** Méningite cérébro-spinale chez un nourrisson de cinq mois. Purpura. Septicémie méningococcique. Sérothérapie. Guérison. (Meningitis cerebrospinalis bei einem 5 Monate alten Säugling. Purpura. Meningokokkensepsis, Serotherapie, Heilung.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1912, Bd. XXVIII, S. 552.

Trumpp. Erkrankung von Geschwistern an Heine-Medinscher Krankheit. (Kasuistische Mitteilung.) Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 1029.

Frank E. Tylecote. Diphtheria of the stomach, with a note on diphtherial onychia. (Diphtherie des Magens nebst Bemerkungen über diphtherische Onychien.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1913, Bd. X, S. 211.

W. Uffenorde. Bemerkung zu der Abhandlung von Dr. E. Benjamin „Die Therapie des Scharlachs", in dem Februarheft d. J. der Therapeutischen Monatshefte. Therap. Monatsh., 1913, Bd. XXVII, S. 284.

G. Variot. Résultats de la vaccination antityphique avec le vaccin polyvalent de Vincent chez 64 enfants, dans un orphelinat. (Die Resultate der antityphischen Vakzination mit der polyvalenten Typhusvakzine von Vincent bei 64 Kindern in einem Waisenhause.) Clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 193.

Viereck. Dritte Mitteilung über v. Behrings neues Diphtherieschutzmittel. 2. technische und theoretische Bemerkungen zur Anwendung des neuen Diphtherieschutzmittels. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 978.

Gerhard Wagner. Erfahrungen mit der Conradi-Trochschen Tellurplatte zum Diphtherienachweis. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 457.

M. I. Wegmann. Zur Kenntnis der Heimkehrfälle bei Scharlach. Dissertation, Zürich, 1912 (Gebr. Leemann).

Wolfgang Weichardt und **Paul Haussner.** Dauerträger und Dauerträgerbehandlung bei infektiösen Darmerkrankungen. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk., 1913, Bd. X, S. 726.

Wolfgang Weichardt und **Martin Pape.** Dauerträger und Dauerträgerbehandlung bei Diphtherie. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk., 1913, Bd. XI, S. 754.

E. Weill und **A. Dufourt.** Pemphigus infectieux d'origine staphylococcique. La Pédiatrie pratique, 1912, Nr. 21, S. 377.

Wesson. Epidemic cerebrospinal meningitis. New York Med. Journ., 22. März 1913.

Williams. Epidemic cerebrospinal meningitis. Oklahoma State Med. Assoc. Journ., Januar 1913.

Paul Wolfer. Eine Basler Scharlachstatistik. Mit Berücksichtigung der Statistiken über therapeutische Erfolge bei Scharlach. Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte, 1913, Bd. XXXXIII, S. 513.

Wilhelmine G. Wright. Muscle training in the treatment of infantile paralysis. (Muskelübung in der Behandlung der Kinderlähmung.) Boston Med. and Surg. Journ., 1912, Bd. XXXXVII, S. 567.

W. Zangemeister. Dritte Mitteilung über v. Behrings neues Diphtherieschutzmittel. 1. Die Anwendung des neuen Diphtherieschutzmittels in der Marburger Frauenklinik. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 977.

Zappert. Fehldiagnose bei der Poliomyelitis. Mitteilungen der Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilk., 1913, B. XII, S. 103.

A. Zuber und **P. Petit.** Trois cas de noma buccal étudiés au point de vue bactériologique. (Drei Fälle von Noma der Wange mit bakteriologischem Befund.) Clin. infant., 1912, Bd. X, S. 481.

Syphilis.

Oswald L. Addison. Syphilitic disease of bones and joints in children. (Syphilitische Erkrankung der Knochen und Gelenke im Kindesalter.) Brit. Med. Journ., 1913, S. 715.

Béla Alexander. Syphilis der fötalen Wirbelsäule. 2. Mitteil. Fortschr. a. d. Geb. der Röntgenstrahlen, 1913, Bd. XIX, S. 442.

L. Babonneix und **L. Tixier.** Hérédo-syphilis et maladie de Little. Ann. des maladies vénériennes, Dezember 1912, S. 881.

Giuseppe Badaloni. Come la scuola contribuisca alla diffusione della tuberculosi. (Wie die Schule zur Verbreitung der Tuberkulose beiträgt.) Internat. Arch. f. Schulhygiene, 1912, Bd. VIII, S. 309.

L. Baumel und **Guelt.** Méningo-encéphalite syphilitique gommeuse héréditaire chez un enfant de trois ans, guérie par le traitement mercuriel et ioduré. (Hereditär-syphilitische, gummöse Meningo-Enzephalitis bei einem 3jährigen Kinde, geheilt durch Quecksilber- und Jodbehandlung.) Soc. des Scienc. méd. de Montpellier, 4. Juli 1913.

Fr. Bering. Über kongenitale Syphilis. Entstehung, Erscheinungen und Behandlung. Sammlung zwangloser Abhandlungen a. d. Gebiete d. Dermatol., d. Syphilidol. u. d. Krankheiten d. Urogenitalapparates, 1912, Bd. I, Heft 4, S. 1.

A. Bonnet-Laborderie. Pathogénie de la mort subite „immediate" des nouveau-nes-syphilitiques. (Die Pathogenese des plötzlichen Todes syphilitischer Neugeborener.) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr., 1913, Bd. VIII, S. 19.

Andreas Bosanyi. Die Raynaudsche Krankheit als ein Symptom der hereditären Syphilis. (Salvarsanbehandlung, Heilung.) Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVIII, S. 177.

Castaigne. Albuminurie syphilitique familiale. (Familiäre syphilitische Albuminurie.) Bull. méd., 1913, Bd. XXVII, S. 279.

Juan Espil. Sobre dos casos de heredo-sifilis hepatica tardia. Argentina medica. September 1912.

G. Etienne. Maladie osseuse de Paget et hérédo-syphilis. (Pagetsche Knochenerkrankung und Heredo-Syphilis.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1913, Bd. XXIX, S. 324.

Fabre und **Bourret.** De l'emploi du 606 dans le traitement de l'hérédosyphilis. (Über die Verwendbarkeit des Salvarsans zur Behandlung der Heredosyphilis.) Lyon méd., 1912, Bd. CXIX, S. 717.

Le Fort. Les manifestations pseudo-tuberculeuses de la syphilis héréditaire. VII. Congrès de gynécol., d'obstétr. et de pédiatrie. Lille. 25. März 1913.

Edmond Fournier und **Ed. Joltrain.** Ictère hémolytique congénital d'origine hérédo-syphilitique. (Kongenitaler hämolytischer Ikterus heredosyphitilischen Ursprungs.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1913, Bd. XXIX, S. 487.

C. Franceloni. Sull' importanza della sifilide nella patogenesi di svariate malattie dell' infanzia in base ai resultati della Reazione del Wassermann. (Über die Bedeutung der Syphilis für die Pathogenese verschiedener Kinderkrankheiten auf Grund der Resultate der Wassermannschen Reaktion.) Riv. di clin. pediatrica, 1912, Bd. X, S. 589.

H. Freund. Bemerkung zu der Arbeit von Mac Intosh, Fildes und Dearden: Salt fever and the treatment of syphilis by „606" in Bd. XII dieser Zeitschrift. Zeitschr. f. Immunitätsforschung, 1912, Bd. XIII, S. 213.

Paolo Gaifami junioz. Grave asfissia extrauterina per idrope-ascite in neonato sifilitico; paracentesi immediata; guarigione definitiva bene avviata con la cura mercuriale successiva. (Schwere extrauterine Asphyxie durch Hydropsaszites bei einem syphilitischen Neugeborenen; sofortige Punktion. Schließliche Heilung durch Quecksilberkur.) Ginecologica, 1913, Bd. IX, S. 530.

Giraulet und **Tissier.** Große rate hérédosyphilitique. (Große hereditäre syphilitische Milz.) Bull. de la Soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris. 1912, Bd. I, S. 85.

G. Guidi. Della utilità della Reazione del Wassermann nei Brefotrofi. (Über die Wichtigkeit der Wassermannschen Reaktion für die Findelhäuser.) Rev. di clin. pediatrica, 1912, Bd. X, S. 667.

Tabitha Haerle. Über die Bedeutung akut-entzündlicher Prozesse in den Organen bei kongenitaler Syphilis. Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVIII, S. 125.

Hazen. Syphilis among school children. (Syphilis bei Schulkindern.) Washington Med. Annales, Juli 1913.

Ig. Hofer. Beiträge zur pathologischen Anatomie des Ohres bei kongenitaler Syphilis. Arch. f. Ohrenheilk., 1912, Bd. XC, S. 117.

Marie Holth. Salvarsanbehandelte Mütter und ihre Kinder. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 462.

Jeanselme. Du traitement par le salvarsan des femmes syphilitiques en état de gestation. Avec la collab. de A. Vernes, P. Chevallier et Marcel Bloch. (Salvarsanbehandlung bei syphilitischen Frauen während der Schwangerschaft.) Ann. de gynécol. et d'obstétr., 1913, Bd. XL, S. 27.

— Syphilis et nourrisson. (Syphilis und Säugling.) Journ. de méd. de Paris, 1913, Bd. XXXIII, S. 199.

E. Jeanselme, A. Vernes und **M. Bloch.** Du traitement des femmes syphilitiques enceintes par le salvarsan. (Über die Behandlung syphilitischer Schwangerer mit Salvarsan.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1913, Bd. XXXV, S. 130.

M. Ito. Ein Beitrag zur Kenntnis der pathologischen Anatomie bei Retinitis syphilitica hereditaria. Arch. f. Augenheilk., 1912, Bd. LXXIII, S. 4.

Ludwig Köhler. Histologische Untersuchungen am kongenitalluetischen Zahnkeim. Deutsche Monatschr. f. Zahnheilk., 1913, Bd. XXXI, S. 47.

A. Lesage und **André Collin.** Paralysie générale ou méningo-myélite syphilitique chez un enfant précoce. (Progressive Paralyse oder syphilitische Meningomyelitis bei einem frühreifen Kinde.) Méd. infant., 1913, Bd. XXI, S. 81.

A. Lévy-Bing und **L. Duroeux.** Traitement de la syphilis des nourrissons. (Die Behandlung der Syphilis der Säuglinge.) L'enfance, 1913, Bd. I, S. 28.

Artur Lippmann. Ein Fall von Aortitis auf Basis einer kongenitalen Lues. Dermatologische Wochenschr., 1913, Bd. LVI, S. 213.

H. Löhe. Beitrag zur Kenntnis der kongenitalsyphilitischen Knochen- und Gelenkentzündungen. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, 1912, Bd. CXIII, S. 735.

B. Lühmann. Eine neue Art von Gefäßerkrankung der Leber bei kongenitaler Lues. Beitr. z. Gynäkol. u. Geburtsh., 1912, Bd. XVII, S. 223.

Karl Mareus. Klinische Beobachtungen über die Prognose der kongenitalen Syphilis. Arch. f. Dermat. u. Syphilis, 1913, Bd. CXVI, S. 97.

A. B. Marfan. Paraplégie spasmodique hérédo-syphilitique chez les grands enfants. Arch. de Méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 561.

Mattissohn. Über einen Fall von Ophthalmoplegia totalis unilateralis bei hereditärer Syphilis und über Augenmuskellähmungen auf gleicher Basis. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, 1912, Bd. CXI, S. 779.

G. Menabuoni. La Reazione del Wassermann considerata come mezzo diagnostico per svelare la presenza della Lues ereditaria in rapporto ai dati dell' anamnesi e in rapporto ai dati dell' esame oggettivo. (Die Wassermannsche Reaktion als diagnostisches Mittel zum Nachweis der hereditären Lues im Zusammenhang mit den anamnestischen Daten und den objektiven Symptomen.) Riv. di clin. pediatrica, 1912, Bd. X, S. 645.

V. Ménard. La syphilis tertiaire, acquise ou congénitale, des ganglions du cou. (Tertiäre, erworbene oder angeborene Syphilis der Halslymphdrüsen.) Rev. de chir., 1912, Bd. XXXII, S. 748.

Milian und **Sauphar.** Cardiopathies mitrales familiales par syphilis héréditaire. (Familiäre Mitralherzfehler auf Grund angeborener Syphilis.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1913, Bd. XXIX, S. 288.

Marcel Nathan. Débilité motrice et débilité mentale, parésie du moteur oculaire externe chez un jeune hérédo-syphilitique. Bull. de la Société de pédiatrie de Paris, 1913, S. 369.

— Rétrécissement mitral chez un hérédo-syphilitique. (Mitralstenose bei einem Hereditärsyphilitischen.) Bull. de la soc. de pédiatrie de Paris, 1913, S. 371.

Stefano Rebaudi. Die Aortitis bei kongenitalsyphilitischen Kindern. Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1912, Bd. XXXV, S. 681.

Hugo Ribbert. Die Entwicklungsstörung der Thymusdrüse bei kongenitaler Lues. Frankfurter Zeitschr. f. Pathol., 1912, Bd. XI, S. 209.

Rocher. Décollement épiphysaire symétrique de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras dû à l'hérédo-syphilis. Pseudo-paralysie syphilitique de Parrot. (Symmetrische Epiphysenlösung des unteren Endes der Vorderarmknochen infolge hereditärer Lues. Parrotsche Pseudoparalyse.) Journ. de méd. de Bordeaux, 1912, Nr. 45, S. 720.

Berthe Sabin. Etude de la loi de Profeta par la séro-réaction de Wassermann. (Prüfung des Profetaschen Gesetzes mittels der Wassermannschen Reaktion.) Ann. des mal. vénér., 1913, Bd. VIII, S. 263.

C. Sauvage und **Louis Géry.** Un cas de gommes syphilitiques volumineuses chez un nouveau-né. Réparation des tréponèmes. (Ein Fall von ausgedehnten syphilitischen Gummata bei einem Neugeborenen. Verteilung der Spirochäten.) Ann. de l'inst.Pasteur., 1913, Bd. XXVII, S. 489.

S. Schönborn. Die operative Therapie der Lues des Zentralnervensystems. Sammelreferat. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir., Bd. XVI, Nr. 4.

Siebenmann. Hereditäre Syphilis des Labyrinths. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1912, Bd. XXXXII, S. 873.

P. von Szily. Prophylaxe des luetischen Aborts und der Säuglingssyphilis. Wiener med. Wochenschr., 1912, Bd. LXII, S. 3226.

J. Trinchese. Über den Zeitpunkt der luetischen Infektion des Fötus und dessen klinische Bedeutung. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol., 1913, Bd. XVIII, S. 201.

P. Uhlenhuth und **P. Mulzer.** Über die Infektiosität von Milch syphilitischer Frauen. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 879.

G. Warstat. Zur Histologie der kongenitalen Dünndarmsyphilis (mit positivem Spirochätenbefund.) Virchows Arch. f. pathol. Anatom. u. Physiol., 1913, Bd. CCXII, S. 195.

H. Ferguson Watson. Unusual fertility in syphilitic parents, associated with anomalous involvement of the children. (Ungewöhnliche Fruchtbarkeit bei syphilitischen Eltern, verbunden mit anomaler Entwicklung der Kinder.) Brit. med. Journ., 1913, Nr. 2730, S. 877.

E. Weill, A. Morel und **G. Mouriquand.** De l'emploi des arsénos aromatiques (606) par voie rectale, en thérapeutique infantile. (Syphilis héréditaire, chorées graves etc.) Recherches cliniques, chimiques et expérimentales. Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 512.

Siegfried Wolff. Salvarsanbehandelte Mütter und ihre Kinder. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 1199.

Ferdinand Zinsser. Über Zahnveränderungen bei kongenitaler Syphilis. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, 1912, Bd. CXIII, S. 1233.

La vaccination antityphique chez les enfants. Les vaccins polyvalents du professeur Vincent M. Chantemesse et son serum. (Die Vakzinationbehandlung des Typhus beim Kinde. Die polyvalenten Vakzinen von Prof. Vincent M. Chantemesse und sein Serum.) Clin. infant., 1912, Bd. X, S. 641.

Tuberkulose.

M. H. Alamartine. L'érythème noueux d'origine tuberculeuse. Contribution à l'étude de la tuberculose inflammatoire de la peau. (Das Erythema nodosum tuberkulösen Ursprungs. Beitrag zum Studium der entzündlichen Tuberkulose der Haut.) Gaz. des hôp., 1912, Bd. LXXXV, S. 1027.

H. Albrecht und **A. Arnstein.** Histologische Untersuchungen über die Häufigkeit der Tuberkulose der tracheobronchialen Lymphdrüsen bei Kindern im Alter von 6 bis 16 Jahren. Verhandl. d. deutschen pathol. Gesellsch., 1912, Bd. XV, S. 124.

Elio Arieti. La cutireazione colla tubercolina nei bambini. La Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 161.

C. S. Armand. Retard de développement chez un prématuré hérédotuberculeux. (Entwicklungshemmung bei einer heredotuberkulösen Frühgeburt.) Ann. de méd. chir. infant., 1913, Bd. XVII, S. 154.

H. Barbier. Sclérose pulmonaire tuberculeuse avec dilatation bronchique. (Tuberkulöse Lungensklerose mit Bronchoektasie.) Bull. de la soc. de pédiatrie de Paris, 1913, S. 354.

Carl Beck. Die Behandlung der kindlichen Tuberkulose mit dem Rosenbachschen Tuberkulin. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VI, S. 439.

Bernheim-Karrer. Ein Fall von Säuglingstuberkulose. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1912, Bd. XXXXII, S. 1240.

Arent de Besche. Untersuchungen über die tuberkulöse Infektion im Kindesalter. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 452.

Max Böhm. Die Behandlung der kindlichen Knochen- und Gelenktuberkulose. Fortschr. d. Med., 1913, Bd. XXXI, S. 114.

Hans Ludwig Borek. Hirnblutung bei Meningitis tuberculosa. Dissertation, Berlin 1912 (Ebering).

Angiola Borrino. Sul focolaio primitivo polmonare tuberculosi infantile di Antonio Ghon. (Über A. Ghons primären Lungenherd bei der Kindertuberkulose.) Riv. di clin. pediatrica, 1912, Bd. X, S. 549.

M. Brandes. Über das Endresultat operierter Kniegelenkstuberkulosen im Kindesalter. Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1912, Bd. CXVII, S. 490.

Brunon. Sur les rapports de la tuberculose bovine avec la tuberculose infantile. (Über die Beziehungen zwischen der Rindertuberkulose und der kindlichen Tuberkulose.) Clin. infant., 1912, Bd. X, S. 678.

W. J. S. Bythell. The X-ray evidences of early pulmonary tuberculosis in young children. (Die Röntgenerscheinungen bei frühzeitiger Lungentuberkulose von jungen Kindern.) Proceed. of the roy. Soc. of Med., 6. Electro-therap. sect., 1913, S. 73.

J. Calvé. De la tuberculose osseuse à foyers multiples chez l'enfant. (Über multiple Knochentuberkulose beim Kind.) Le Progrès méd., 1912, Bd. XL, S. 305.

A. Cantilena. Due casi di peritonite tubercolare trattati con la eliotorapia. (Zwei Fälle von tuberkulöser Peritonitis mit Heliotherapie behandelt.) La Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 340.

Cesare Cattaneo. Untersuchungen über die Reaktion auf humanes und bovines Tuberkulin in der Kindheit. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VI, S. 506.

H. Claude, A. Baudouin und **R. Porak.** La glycosurie hypophysaire chez l'homme et l'animal tuberculeux. (Hypophysäre Glykosurie beim tuberkulösen Menschen und Tiere.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la Soc. de biol., 1913, Bd. LXXIV, S. 529.

Copeland. Tuberculosis in early life. (Tuberkulose im Kindesalter.) Med. Record, 15. März 1913.

Olimpio Cozzolino. Un caso di reumatismo articolare cronico tubercoloso in bambina (con la sintomatologia del morbo di Still). (Ein Fall von chronischem, tuberkulösem Gelenksrheumatismus bei einem kleinen Mädchen mit der Symptomatologie der Stillschen Krankheit.) La Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 401.

Cruchet. Evolution de la tuberculose médicale chez le nourrisson. VII. Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie. Lille 25. März 1913.

Ch. Daniel. Contribution à l'étude de la valeur diagnostique et pronostique de la tuberculine chez le nourrisson. (Beitrag zum Studium des diagnostischen und prognostischen Wertes des Tuberkulins beim Säugling.) Thèse de Paris, 1912, Nr. 352.

L. Decloux und **L. Ribadeau-Dumas.** Diagnostic radiologique de la granulie pulmonaire. (Die Röntgendiagnose der miliaren Lungentuberkulose.) Bull. et mém. de la Soc. des hôp. de Paris, 1913, Bd. XXIX, S. 581.

Déléarde. Un cas d'hérédo-contagion tuberculeuse. VII. Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie. Lille 25. März 1913.

Kasimir Dluski und **Stefan Rudzki.** Über die klinische Bedeutung der Moroschen Tuberkulinreaktion (auf Grund von 500 eigenen Beobachtungen). Beiträge z. Klin. d. Tuberkulose, 1913, Bd. XXVI, S. 1.

E. Doumer. Traitement des ostéites tuberculeuses par les courants de haute fréquence. La Clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 527.

Henri Dufour und **J. Thiers.** Transmisson de la tuberculose de la mère au foetus. (Übertragung der Tuberkulose von der Mutter auf den Fötus.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Bd. 5, S. 274.

St. Engel. Die anatomischen und röntgenologischen Grundlagen für die Diagnotsik der Bronchialdrüsentuberkulose beim Kinde. Ergebnisse d. inn. Med. u. Kinderheilk., 1913, Bd. XI, S. 219.

A. d'Espine. Les troubles de l'équilibration dans la méningite tuberculeuse. (Gleichgewichtsstörungen bei tuberkulöser Meningitis.) Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 613.

— Tuberculose et école. (Tuberkulose und Schule.) Internat. Arch. f. Schulhygiene, 1912, Bd. VIII, S. 309.

Homer Folks. Tuberculosis and the schools. (Tuberkulose und Schule.) Internat. Arch. f. Schulhygiene, 1912, Bd. VIII, S. 309.

C. Förster. Über Tuberkulintherapie bei der chirurigschen Tuberkulose des Kindesalters. Brauers Beiträge, 1912, Bd. XXV, S. 1.

V. Fragale. La ricerca del bacillo di Koch nel liquido cerebrospinale dei bambini affetti de meningite tuberculare. (Der Befund des Kochschen Bazillus in der Zerebrospinalflüssigkeit der Kinder mit tuberkulöser Meningitis.) Riv. di clin. pediat., 1912, Bd. X, S. 857.

Arnold Frankenau. Zur Pathogenese und Prognose der Säuglingstuberkulose. Dissertation, Erlangen, 1912 (Benedikt Hilz, Nürnberg).

John Fraser. The relative prevalence of human and bovine types of tubercle bacilli in bone and joint tuberculosis occurring in children. (Das Vorkommen von menschlichen und bovinen Tuberkelbazillen bei Knochen- und Gelenktuberkulose im Kindesalter.) Journ. of exper. Med., 1912, Bd. XVI, S. 432.

Froelich. Evolution de la tuberculose chirurgicale chez le nourrisson. (Entwicklung der chirurgischen Tuberkulose beim Säugling.) VII. Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie. Lille. 25. März 1913.

Galliot. Sur le traitement de la tuberculose pulmonaire de l'enfant par la méthode de Ferrier. (Behandlung der Lungentuberkulose beim Kinde mittels der Ferrierschen Methode.) Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 289.

E. Gaucher und **R. J. Weissenbach.** Adénopathies tuberculeuses cervicales chroniques, tuberculose nodulaire et papuleuse des membres, rheumatisme chronique chez une jeune fille hérédo-syphilitique. (Chronische tuberkulöse Zervikaldrüsenerkrankung, noduläre und papulöse Tuberkulose der Extremitäten, chronischer Rheumatismus bei einem hereditär syphilitischen Mädchen.) Soc. franc. de dermatol. et de syphiligraphie, Paris, 5. Juni 1913.

M. Gaussel. Traitement de la tuberculose pulmonaire par le sérum antituberculeuse de M. Marmorek. (Behandlung der Lungen-

tuberkulose mit dem Marmorekschen Tuberkulosenserum.) Gaz. des hôp., 1912, Bd. LXXXV, S. 1985.

C. di Giorgio. Trattamento della tuberculosi infantile con tubercolina eterologa. (Behandlung der Tuberkulose im Kindesalter mit heterologem Tuberkulin.) La Pediatrie, 1913, Bd. XXI, S. 250.

Giraud. Un cas de péritonite tuberculeuse à forme ascitique chez l'enfant, traité avec succés par la récalcification. Soc. des scienc. méd. de Montpellier, 14. März 1913.

Groß. Spina ventosa costale. Rev. de Chir., 1912, Bd. XXXII, S. 347.

C. Guelt. Deux cas de méningite tuberculeuse chez l'enfant traités par les sérums antituberculeux en injections intrarachidiennes. (Zwei Fälle von Meningitis tuberculosa im Kindesalter, behandelt mit intralumbalen Antituberkuloseseruminjektionen.) Montpellier méd., 1913, Bd. XXXVI, S. 268.

Franz Hamburger. Über Tuberkulose des Kindesalters. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 485.

Francis Harbitz. Über angeborene Tuberkulose. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 741.

Gunnar Hedrén. Pathologische Anatomie und Infektionsweise der Tuberkulose der Kinder, besonders der Säuglinge. Zeitschr. f. Hygiene, 1912, Bd. LXXIII, S. 273.

Bernhard Willy Hillenberg. Kindheitsinfektion und Schwindsuchtsproblem. Umschau, Frankfurt am Main, 1912, Bd. XVI, S. 1044.

Marie Hollensen. Beitrag zur Therapie und Prognose der Tuberkulose im Säuglingsalter und frühen Kindesalter. Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose, 1913, Bd. XXVII, S. 47.

B. Raymond Hoobler. Effects of cold air on bloodpressures or children and young adults in various stages of tuberculosis. (Der Einfluß kalter Luft auf den Blutdruck bei Kindern und jungen Erwachsenen in verschiedenen Stadien der Tuberkulose.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1912, Bd. IV, S. 307.

Günther Jahn. Über tuberkulöse Perikarditis im Kindesalter. Dissertation, Berlin 1912.

Paul Jacob. Die prophylaktischen und therapeutischen Faktoren bei der Tuberkulosebekämpfung. Internat. Arch. f. Schulhygiene, 1912, Bd. VIII, S. 309.

Lucien Jeanneret. Contribution à l'étude de la tuberculose infantile. L'intradermoréaction à la tuberculose, ses applications en médecine infantile. (Beitrag zum Studium der Kindertuberkulose. Die Intrakutanreaktion mit Tuberkulin und ihre Anwendung in der Kinderheilkunde.) Rev. méd. de la Suisse Romande, 1913, Bd. XXXIII, S. 371.

Johnston. Diagnosis of tuberculosis in infancy and childhood. (Diagnose der Tuberkulose im Kindesalter.) Michigan State Med. Soc. Journ., Februar 1913.

John H. Jopson. Some fallacies regarding the treatment of tuberculosis adenitis. (Trugschlüsse betreffend Behandlung der Drüsentuberkulose.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 564.

T. N. Kelynack. Tuberculosis and the child. Tuberculosis, 1912, Bd. XI, S. 503.

Franz Klose. Ein Fall von allgemein verbreitetem Emphysem im Verlaufe von Meningitis tuberculosa. Dissertation, Berlin 1912.

S. Adolphus Knopf. Tuberculosis and other diseases in schools and colleges. Open air schools and open air instruction with breathing exercises as preventive measures. (Tuberkulose und andere Krankheiten in Schulen und Studienanstalten. Freiluftschulen und Freiluftunterricht mit Atemübungen als Vorbeugungsmaßnahmen.) New York med. Journ., 1913, Bd. LXXXXVII, S. 165.

Herbert Koch. Über Meningitis tuberculosa. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VI, S. 263.

Hans Koeppe. Über die Wirkung des auf den Lymphwegen den Drüsen zugeführten Tuberkulins. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VII, S. 156.

C. Paget Lapage. The cutaneous reaction to tuberculin in childhood. (Die Tuberkulinkutanreaktion im Kindesalter.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1912, Bd. IX, S. 493, 532.

— Tuberculous infections and tuberculous disease in infancy and childhood. (Tuberkulöse Infection und tuberkulöse Erkrankung im Säuglings- und Kindesalter.) Brit. Med. Journ., 1912, Nr. 2707, S. 1375.

C. Paget Lapage und **William Mair.** Notes in the pathology of tuberculosis in infancy and childhood. (Bemerkungen über die Pathologie der Tuberkulose im Säuglings- und Kindesalter.) Lancet, 1913, Bd. CLXXXIV, S. 959.

Georges Laplanche. Iconographie de l'exploration du poignet tuberculeux chez l'enfant. Thèse de Paris 1912, Nr. 270, 86 Seiten.

Rudolf Lawatschek. Zur Prognose der Säuglingstuberkulose. Wiener klin. Wochenschr., 1913, Bd. XXVI, S. 51.

Wilhelm von Leube. Über die Bekämpfung der Tuberkulose im Kindesalter. Tuberkulosis, 1913, Bd. XII, S. 3.

Libelge. Traitement des spina-ventosa par les rayons de Roentgen. (Behandlung der Spina ventosa mit Röntgenstrahlen.) Thèse de Paris, 1913.

Otto Lubarsch. Zur Pathologie der Tuberkulose im Säuglingsalter. Reichs-Medizinal-Anzeiger, 1913, Bd. XXXVIII, S. 257.

Machard. De l'emploi de la tuberculine dans la tuberculose osseuse chez les enfants. Société méd. de Genève, 5. März 1913.

— Différents cas de tuberculose guéris par plombage iodiformé. (Einige Tuberkulosefälle, die durch Jodoformplombierung geheilt wurden.) Rev. méd. de la Suisse romande, 1912, Bd. XXXII, S. 709.

Salvatore Maggiore. Ancora sui tubercolomi cerebellari. La Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 332.

D. Mantoux. Contribution à l'étude de la tuberculose du nourrisson. Thèse de Paris, 1912, Nr. 3.

H. Méry. La tuberculose à l'école (chez les écoliers). (Die Tuberkulose in der Schule bei den Schulkindern.) Méd. scolaire, 1913, Bd. VI, S. 5 u. 60.

— La tuberculose chez les écoliers. (Die Tuberkulose bei den Schülern.) Intern. Arch. f. Schulhygiene, 1912, Bd. VIII, S. 309.

V. Ménard. Introduction à l'étude des ostéo-arthrites tuberculeuses. (Einführung in das Studium der Knochen- und Gelenkstuberkulosen.) Gaz. des hôp., 1913, Bd. LXXXVI, S. 165.

Charles Menell. Tuberculosis in infancy and childhood, from the standpoint of preventive medicine. (Tuberkulose im Säuglings- und Kindesalter vom Standpunkt der medizinischen Prophylaxe.) Brit. Med. Journ., 1912, Nr. 2699, S. 677.

May Michael. Progress in pediatrics. Résumé of work on tuberculosis in children for 1912. (Fortschritte in der Pädiatrie. Zusammenstellung von Arbeiten über die Kindertuberkulose von 1912.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. V, S. 162.

M. Michalowicz. Eine irrtümliche Annahme bezüglich des Fiebers bei gemästeten tuberkulösen Kindern. Lwowski Tygodnik lek., 1912, Bd. 681, 700, 719.

H. Neuhaus. Beitrag zur Röntgendiagnostik der kindlichen Bronchialdrüsentuberkulose. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen, 1913, Bd. XX, S. 413.

Alfred Niepelt. Die Tuberkulose der weiblichen Genitalien im Kindesalter. Dissertation, Leipzig 1912 (Noske). (Schluß folgt.)

Inhalt.

Physiologie und allgemeine Pathologie. Zeltner. *Entwicklung des Thorax 561.* — Stäubli. *Temperaturmessung 562.* — **Allgemeine Therapie, Pharmakologie und Toxikologie.** Talbot und Sisson. *Formalinausscheidung 563.* — Cramer. *Eisenjodozithin 563.* — Hoffa. *Pellidol und Azodolen 563.* — **Bakteriologie.** Frank. *Bac. paratyphi-B. 563.* — Hess. *Darmbakterien 564.* — Morse. *564, 565.* — Kolmer. v. Drigalski und Bierast. *Diphtheriebazillen 565, 566.* — **Serologie und Immunitätslehre.** Kraus und Baecher. *Diphtherieserum 566.* — Tunnicliff. *Antistreptokokkengehalt von Kolostrum und Milch 566.* — **Entwicklung und Sprache.** de Wilde. *Heredität und Blutsverwandtschaft bei Taubstummen 566.* — **Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.** Etienne. *Abstillen 567.* — de Lange. *Buttermilch 568.* — Näf. *Eiweißmilch 569.* — Engel. *Ernährungstechnik 569.* — Carneiro. *Gewichtsschwankungen bei Kohlehydratentziehung 569.* — Aschenheim. *Calc. lact. bei Ernährungsstörungen 569.* — Birk. *Abführmittel und Stopfmittel 570.* — Hirschfeld. *Alimentäre Intoxikation und sympathisches Nervensystem 570.* — **Milchwissenschaft und Molkereipraxis.** Backhaus. *Kindermilch 570.* — Rosenow. *Milchstreptokokken und Halsentzündung 570.* — **Stoffwechsel.** Schloßmann. *Stoff- und Kraftwechsel 561.* — Hauch, Lemeland und Vandescal. Hauch. *Stoffwechsel in der Schwangerschaft 572.* — Müller und Schloß. *Mineralstoffwechsel.* Takeno. *Organischer und anorganischer Stoffwechsel 572.* — Grafe. *Eiweißstoffwechsel bei Fieber 573.* — Oppenheimer. *Glykuronsäureausscheidung bei Scharlach 573.* — **Neugeborene.** Merckens. *Melaena neonatorum 573.* — Kehrer. *Tetanie Neugeborener 574.* — **Diathesen.** Grünfelder. Lust. Zybell. *574.* — **Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen mit Ausnahme von Tuberkulose und Lues.** Cummins. *575.* — Schwenke. Brinchmann. Glomset. Benjamin. *576.* — Mathies. Draper und Hanford. *577.* — Klimenko. *Scharlach 578.* — Hahn. *Wundscharlach 578.* — Corney. Maier. *578.* — Tunnicliff. *Masern 579.* — Lennan und Mc Nee. *Streptokokkenperitonitis 570.* — Black. Flexner. *Epidemische Meningitis 579.* — Dollinger. *Pneumokokkenmeningitis 580.* — Lyall. *Thyphusbazillen bei Meningitis 580.* — Hutinel. *Pneumotyphus 580.* — Mallory, Horner und Henderson *580.* — Lagane. *Keuchhusten 581.* — **Tuberkulose.** Harbitz. *Angeborene Tuberkulose 581.* — Scheible. *Tuberkulose im Kindesalter 581.* — Weinberg. *Die Kinder der Tuberkulösen 582.* — Göbel. Brandes und Man. *Tuberkelbazillen im strömenden Blut 582.* — Heymans. *Antituberkulöse Vakzination 582.* — Biggs. *Tuberkulose des Ohres 583.* — Lubarsch. *Pathologie der Tuberkulose 583.* — Baemeister. *Lungenspitzenphthise 584.* — Fraser. *Knochen- und Gelenkstuberkulose 584.* — Vulpius. Hagemann. *Lichtbehandlung der chirurgischen Tuberkulose 584, 585.* — Dressel. *Tuberkulosesterblichkeit in Baden 585.* — **Syphilis.** Wolff. Lemeland und

Brisson. *Salvarsanbehandlung 586.* — **Hansmann.** *Syphilis der Bauchorgane 586.* — **Zirkulationsapparat. Boks.** *Angeborenes familiäres Ödem 587.* — **Skott.** *Subaortale Stenose 587.* — **Miller** und **Orton.** *Persistenz des Ductus arteriosus 587.* — **Respirationsapparat. de Bruine Ploos.** *Pneumonie 588.* — **Innere Sekretion. Basch.** *Thymus 588.* — **Hijmans van den Bergh** und **van Hasselt.** *Tumor der Glandula pinealis 588.* — **Verdauungstraktus. Phillips.** *Ulzeration des Dünndarms 590.* — **Putzig.** *Pylorospasmus 590.* — **Stolte.** *Kongenitale Darmstenose 590.* — **Ruge.** *Mastdarmstrikturen 590.* — **Leber und Gallenwege. Poynton.** *Ikterus 591.* — **Urogenitalsystem. Rolleston.** *Anatomie von Niere und Ureter 591.* — **Arnold.** *Orthotische Albuminurie 591.* — **Karo.** *Nierensteinerkrankung 592.* — **Ombrédanne.** *Akute Orchitis 592.* — **Glaser** und **Fliess.** *Pyelitis und Otitis media. 593.* — **Neurologie und Psychiatrie. Kaumheimer. Cotterill.** *Myatonia congenita 593.* — **Jödicke.** *Krämpfe 594.* — **Foerster.** *Spastische Lähmung 594.* — **Dynkin,** *Zerebrale postdiphtherische Lähmung 595.* — **Williams.** *Hysterische Phobie 596.* — **Smith.** *Schwachsinn 596.* — **Kellner.** *Mongolische Idiotie 596.* — **Williams.** *Psychasthenie 596.* — **Psychologie und Psychopathologie. Jacoby.** *Montessorische Methode 597.* — **Stoffwechselkrankheiten. Morse.** *Diabetes 597.* — **Aron.** *Pentosurie 597.* — **Weber.** *Kalzinosis 598.* — **Desagher.** *Barlowsche Krankheit 598.* — **Wachstumskrankheiten und Wachstumsstörungen. Schloß.** *Rachitis 598.* — **Hart.** *Achondroplasie 599.* — **Haut. Bendix.** *Ekzem 599.* — **Harriehausen.** *Furunkulose 599.* — **Schmid.** *Hauttumoren 600.* — **Auge. Sußmann.** *Einschlußblenorrhöe 600.* — **Orthopädie. Goeppert.** *Pflege des muskelschwachen Rückens 601.* — **Mißbildungen. Hermanides.** *Dextrokardie 601.* — **Jonkers.** *Situs viscerum inversus 601.* — **Thatcher.** *Angeborener Defekt der Bauchmuskeln 602.* — **Hygiene und soziale Medizin. Methorst.** *Säuglingssterblichkeit in den Niederlanden 602.* — **Referate aus der finnländischen pädiatrischen Literatur aus dem Jahre 1912** *604.* — **Besprechungen. Salge.** *Einführung in die moderne Kinderheilkunde 607.* — **Stier.** *Wandertrieb und pathologisches Fortlaufen 607.* — **Frank.** *Angstneurosen und Stottern 608.* — **Laache.** *Schlaf und Schlafstörungen 608.* — **Schlesinger.** *Schwachbegabte Kinder 608.* — *II. Ergänzende Literaturübersicht 609.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin W. 50., Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny Berlin | Göppert Göttingen | Knöpfelmacher Wien | Moro Heidelberg | Thiemich Leipzig | Tobler Breslau
Berend Budapest | Comba Florenz | Johannessen Kristiania | Koplik New-York | Marfan Paris | Thomson Edinburg | Wieland Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis der Abteilung „Referate" (ca. 50 Bogen) Mk. 24.—.
Preis der Abteilung „Originalien" (ca. 35—40 Bogen) Mk. 20.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XII. **Referate.** Nr. 9.

Die Arbeiten auf dem Gebiete der Milchwissenschaft und Molkereipraxis im Jahre 1913, I. Semester.

Sammelreferat von **Dr. W. Grimmer,**
Privatdozent an der Tierärztlichen Hochschule zu Dresden.

G. B. Allaria. (1) Delle alterazioni della reazione attiva del latte vaccino prodotte dalla cottura. La pediatria, 1912, Bd. XX, S. 217. — (2). Dell' azione della saliva del lattante sul potere HCl fissatore del latte. Rev. di clin., 1912, Bd. X, S. 538.

Karl Alpers und **Hermann Neff.** Beiträge zur Milchstatistik 1912. Zeitsch. f. Unters. d. Nahrungs- u. Genußmittel, 1913, Bd. XXV, S. 727.

Norbert Auerbach. Über einen neuen Milchschnellkocher mit Rückkühlung für Dauerbetriebe. Zeitschr. f. Fleisch- u. Milchhygiene, 1913, Bd. XXIII, S. 270.

M. E. Ausset. L'emploi des laits condensés chez le nourrison. Bull. soc. ped. de Paris, 1912 S. 264.

Aviragnet, Dorlencourt und **Bloch.** Sur la digestion tryptique du lait cru et du lait désséché par surchauffage. Compt. rend. soc. biol., 1913, Bg. LXXIV, S. 885.

E. C. Aviragnet, L. Bloch-Michel und **H. Dorlencourt.** Le lait sec dans l'alimentation des nourrissons. Arch. de méd. des enfants, 1912, Bd. XV, S. 641.

S. Henry Ayres und **William T. Johnson jr.** A study of the bacteria, which survive pasteurisation. U. S. Dep. of Agric. Bur. of animal ind. Bull. 161, 1913.

Karl Bamberg. Zur Physiologie der Laktation mit besonderer Berücksichtigung der chemischen Zusammensetzung der Frauenmilch milchreicher Frauen und des Einflusses der Menstruation. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VI. S. 424.

Chr. Barthel. Studien über langstabförmige Milchsäurebakterien (Laktobazillen). Zeischr. f. Gärungsphysiol., 1913, Bd. II, S. 193.

Chr. Barthel und **O. Stenström.** Untersuchungen über die Widerstandskraft der Tuberkelbazillen gegen Erhitzen in Molken. Zeitschr. f. Fleisch- u. Milchhyg., 1912, Bd. XXII, S. 137, 179.

Bauer. (1). Über eine Reaktion zur Unterscheidung von Kuh- und Frauenmilch. Monatschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XI, S. 471.

— (2). Die Methodik der biologischen Milchuntersuchung. Ferd. Enke, Stuttgart 1913, Preis 3.— Mark.

Alfred W. Bosworth und **Lucius L. van Slyke.** Preparation and composition of basic calcium caseinate and paracaseinate. (Journ. of biol. Chem., 1913, Bd. XIV, S. 207.)

A. Burr, F. M. Berberich und **A. Berg.** Untersuchungen über Kolostralmilch mit spezieller Berücksichtigung des Spontanserums und des Fettes. (Chemikerzeitung, 1913, S. 37, 69, 97, 146.)

R. Burri. Die Molkenlimonade. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1913, Bd. XLII, S. 46.)

H. W. Bywaters und **A. Rendle Short.** Aminosäuren und Zucker bei der Rektalernährung. (Arch. f. exper. Pathol., Bd. LXXI, S. 426.)

Dario Caffarena. Sulla eliminazione del 606 per il latte muliebre. (La pediatria, 1912, Bd. XX, S. 295.)

Francesco Capobianco. Sulla pressione osmotica del colostro e del latte. (Rend. della R. Accad. di Sc. fis. e mat. Napoli 1912.)

Joseph A. Capps und **Joseph L. Miller.** The Chigago epidemic of streptococcus sore throat and its relation to the milk-supply. (Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LVIII, S. 1848.)

A. K. Chalmers. Milk and return cases of scarlatine. (Brit. med. Journ., 1913, S. 45.)

Ralph Oakley Clock. Intestinal implantation of the bacillus lactis bulgaricus in certain intestinal conditions of infance, with report of cases. (Journ. of the Amer. med. Association, 1912, Bd. LVIII, S. 2017.)

Franz Cohn. Die innersekretorischen Beziehungen zwischen Mamma und Ovarium. (Monatsschr. f. Geburtshilfe und Gynäkol., 1913, Bd. XXXVII, S. 93.)

Coit. The effect of heated and superheated milk on the infants nutrition. (Arch. of Ped., 1913.)

J. Comby. Le lait désséché. Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 49.)

E. Cordier. A propos de scorbut infantile. (Scalpel et Liège méd., 1913, Bd. LXV, S. 499.)

H. Davidsohn (1). Neue Methode zur Unterscheidung von Frauenmilch und Kuhmilch, zugleich ein Beitrag zum Studium des lipolytischen Milchfermentes. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VIII, S. 14.)

— (2) Molke und Magendarmfermente. (Zeitschr. f. Kinderheilkunde, 1913, Bd. VIII, S. 178.)

David Davis. Bacteriologic study of streptococci in milk in relation to epidemic sore throat. (Journ. of the Amer. med. assoc., Bd. LVIII, S. 1852.)

H. Droop-Richmond. The analyst, 1913, Bd. XXXVIII, S. 252.)

J. Drost. Zum Nachweis genügend erhitzter Milch. (Zeitschr. f. Fleisch- und Milchhygiene, 1913, Bd. XXIII, S. 250.)

A. Eber. Untersuchungen über den Tuberkelbazillengehalt der Milch und der Molkereiprodukte in einer Kleinstadt. (Zeitschr. f. Fleisch- und Milchhygiene 1912, Bd. XXII, S. 243, 277.)

Ebren. Journ. Pharm. Chim., 1913, Bd. VII, S. 251.)

C. H. Eckles und **Roscoe H. Shaw** (1). The influence of the stage of lactation on the composition and properties of milk. (U. S. Dep. of Agric. Bureau of animal. ind. Bull. 155, Januar 1913.)

— (2) The influence of breed and individuality on the composition and properties of milk. (U. S. Dep. of Agric. Bureau of anim. ind. Bull. 156. Januar 1913.)

Otto Eisler. Beiträge zur Kenntnis des oxydativen Abbaues der Eiweißkörper. (Biochem. Zeitschr., 1913, Bd. LI, S. 26.)

Engel (1). Die Wirkung der mechanischen Erschütterung auf die Frauenmilch. (Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XI, S. 578.)

— (2). Zur Technik der Ernährung und Ernährungstherapie im Säuglingsalter. (Deutsche med. Wochenschr., 1913, S. 1251.)

St. Engel und **J. Bauer.** Die Biochemie und Biologie des Kolostrums, Asher-Spiro. (Ergebnisse der Physiologie, 1912, Bd. XI.)

Wilhelm Ernst. Grundriß der Milchhygiene für Tierärzte. (Ferd. Enke, Stuttgart, 1913, Preis 8 Mark, geb. 9·40 Mark.)

Hans Falk. Das Dialysierverfahren nach Abderhalden, eine Methode zur Diagnose des Frischmilchendseins der Kühe. (Berliner tierärztl. Wochenschr., 1913, Nr. 8.)

Th. v. Fellenberg. Die Rohrzucker- und Milchzuckerbestimmung in kondensierter Milch. (Schweizerische Mitteilungen f. Lebensmitteluntersuchung und Hygiene, 1912, Bd. III, S. 317.)

Otto Fettick. (1) Schleimige Milch, durch den Bazillus mesentericus fuscus hervorgerufen. (Zeitschr. f. Fleisch- und Milchhygiene, 1913, Bd. XXIII, S. 416.)

— (2). Fliegenlarven enthaltende Milch. (Zeitschr. f. Fleisch- und Milchhygiene, 1913, Bd. XXIII, S. 252.)

M. K. Forcart. Larosan als Ersatz für Eiweißmilch. (Münchner med. Wochenschr., 1913, Nr. 22, S. 1199.)

William W. Ford. A consideration of the milk supply of Baltimore. Bull. of the J. Hopkins hosp., Bd. 24, S. 25.)

Paul Forschner. Refraktion und Polarisation des Chlorkalziumserums der Milch, zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Straßburger Milchverhältnisse. (Schweizerische Wochenschr. f. Chem. und Pharm., 1913, Bd. LI, S. 381.)

Alfred J. Friedlander und **Victor Greenebaum.** Note on the influence of food upon the intestinal flora of infants. (Arch. of. ped., 1912, Bd. XXIX, S. 673.)

A. Gabathuler. Ein Beitrag zur Yoghurtkontrolle. (Zeitschr. f. Fleisch- und Milchhygiene, 1913, Bd. XXIII, S. 368.)

W. Gavin. On the effects of administration of pituitary body and corpus luteum to milk cows. (Journ. of exper. Physiol., 1913, Bd. VI, S. 13.)

C. Gerber. Rélations entre l'activité présurante du latex des Euphorbes. Oxyphilie, basiphilie et halophilie de la présure du latex des Euphorbes. Action des sels neutres sur la caseification du lait par la présure du latex des Euphorbes. (Compt. rend. Soc. biol., 1912, Bd. LXXIII, S. 578.)

Costantino Gorini. Über einen fadenziehenden Milchsäurebazillus. Bacillus casei filans)). Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1913, Bd. XLII, S. 1. Zeitschr. f. Gärungsphysiologie, 1913, Bd. II, S. 147.)

S. Goy. Über einige amerikanische Milchpulver. (Zeitschr. f. Untersuchung der Nahrungs- und Genußmittel, 1913, Bd. XXV, S. 445.)

W. C. de Graaf und **A. Schaap.** Ann. des Falsific., 1913, Bd. VI, S. 149.)

W. Grimmer (1). Zur Frage nach der Fermentnatur der Milchperoxydase. (Zeitschr. f. Untersuchung der Nahrungs- und Genußmittel, 1913, Bd. XXV, Nr. 85.)

— (2). Rationelle Milchwirtschaft. (Schaper, Hannover, 1913, Preis 2·80 Mark.)

Paul Grosser. Über den Einfluß des Kochens auf das physikalisch-chemische Verhalten von Frauenmilch, Kuhmilch und Buttermilch. Biochem. Zeitschr., 1913, Bd. XLVIII, S. 427.

Max Gruber. Typhuserkrankungen in München durch eine Bazillenträgerin in Freising. (Arch. f. Hygiene, 1913, Bd. LXXX, S. 272.)

Sidney V. Haas. The administration of bichlorid of mercury to the mother, for its effect upon the digestive function to the nursling.

J. O. Halverson. Journ. of ind. and engin. chem. (1913, Bd. V, S. 403.)

Louis P. Hamburger. The Baltimore epidemic of streptococcus or septic sore throught and its relation to a milk-supply. (Bull. of the J. Hopkins hosp. ,1913, Bd. XXIV, S. 1.)

H. A. Harding and **J. R. Wilson.** A study of the udder flora of cows. (New York Agric. exper. Station, Geneva, Techn. Bull., 27. März 1913.)

E. P. Harding und **Guy Parkin.** Journ. of ind. and engin. Chem., Bd. V, S. 131.)

P. Heim und **K. John.** Die kaseinfettangereicherte Kuhmilch (K. F. Milch) als Dauer- und Heilnahrung. (Monatsschr. f. Kinderheilkunde, 1913, Bd. XI, S. 621.)

Alfred F. Hess. The pathogenesis of casein curds in the stools of infants. Ann. (Journ. of discaeses of children, 1913, Bd. V, S. 457.)

Gustave Hinard. Ann. des Falsif., 1913, Bd. VI, S. 233.)

W. D. Hoard. Dairy herd records. U. S. Dep. of Agric. (Bur. of anim. ind. Bull. 164, Februar 1913.)

M. Hohenadel. Untersuchungen über Yoghurt mit besonderer Berücksichtigung der Yoghurttrockenpräparate. (Arch. f. Hygiene, 1913, Bd. LXXVIII, S. 193.)

B. Raymond Hoobler. Protein metabolism in infants fed on protein milk. (Amer. Journ. of diseases of Children, 1913, Bd. V, S. 308.

Horiuchi. Anorganische Bestandteile der Menschenmilch. (Mitteilungen der med. Gesellsch. Tokio, 1913, Bd. XXVII, S. 9.)

Höckner. Ist intensive Milchviehfütterung nach Leistung auch in einem Zuchtstalle ohne Schädigung der Zucht durchführbar und rentabel? (Deutsche landwirtschaftl. Presse, 1913, Nr. 32, 33, 35.

H. Isaachsen, A. Lalim, J. K. Wold und **J. Grande.** Undersökelse over fettinholdet i kuhmelk poa forskjellige stadier av utmelkningen efter ufuldstendig utmelking samt i den melk, tom er tillbake i juret, efterat kalven har pattet en del. (Achter Bericht der exper. Fütterungsstation der landwirtschaftl. Hochschule Norwegens, 1913, S. 48.)

G. Jahnson-Blohm (1). Die Einwirkung einiger kolloidaler Substanzen auf die Hemmung der Enzymwirkungen. (Zeitschr. f. physiol. Chem., 1912, Bd. LXXXII, S. 178.)

— (2). Beobachtungen über den Einfluß des Ammoniumsulfats bei der polarimetrischen Bestimmung des Milchzuckers. (Zeitschr. f. physiol. Chem., 1913, Bd. LXXXIII, S. 441.)

Temistocle Jona (1). Sopra alcune reazioni perossidasiche del latte. (Arch. di Farmacologia sperim. e Scienze affini, 1913, Bd. XV, S. 122.)

— (2). (Giorn. Pharm. Chim., 1913, Bd. LXII, S. 59.)

G. Kappeller. Über die Lichtbrechung der Tetraseren. (Zeitschr. f. Untersuchung der Nahrungs- und Genußmittel, 1913, Bd. XXV, S. 285.)

Hans Kleinschmidt. Über Milchanaphylaxie. (Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XI, S. 644.)

M. Klimmer und **Sommerfeldt.** Die Bestimmung des Keimgehaltes der Milch durch das Plattenverfahren. (Zeitschr. f. Gärungsphysiol. 1913, Bd. II, S. 308.) (Dasselbe wie Sommerfeldt, vgl. letztes Referat, 1912.)

F. G. Kohn. Die Beeinflussung der Zusammensetzung der Ziegenmilch durch Stallhaltung. (Deutsche tierärztl. Wochenschr., 1913, Bd XXI, Nr. 4.)

Stefan Körfer. Ungarns Milchwirtschaft im Jahre 1911. (Mitteilungen des deutschen milchwirtschaftl. Vereines, 1913, Nr. 3.

Erich Kretschmer. Über die Bestimmung des Milchzuckers in der Milch durch Fällung mit Ammoniumsulfat. (Zeitschr. f. physiol. Chem., 1913, Bd. LXXXV, S. 286.)

Hugo Kühl (1). Trockenmilchpräparate. Eine nahrungsmittelchemische Studie. (Hygienische Rundschau, 1913, Bd. XXIII, S. 709.)
— (2) Die Milchsäurelangstäbchen. (Zeitschr. f. Hygiene und Infektionskrankheiten, 1913, Bd. LXXIV, S. 384) (Keine eigenen Untersuchungen.)

A. Lalim und **J. Grande.** Sammenligning mellem 2 og 3 gange daglig melkning. (8. Bericht der exper. Fütterungsstat. der landwirtschaftlichen Fachschule Norwegens, 1913, S. 11).

L. Langstein, F. Rott und **F. Edelstein.** Der Nährwert des Kolostrums. Ein Beitrag zur Frage des Energiebedarfs des Säuglings in den ersten Lebenstagen. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VII, S. 210.)

Ernst Laqueur. Zur Methode von Stoffwechseluntersuchungen an Kaninchen; Milch als ihre einzige Nahrung. (Zeitschr. f. physiol. Chem., 1913, Bd. LXIII, IV, S. 108.)

Adriana J. Lichtenhelt. (Chem. Weckblad, 1913, Bd. X, S. 199.)

Eugène Lust. A propos des accidents anaphylactiques provoqués par le lait de v a c h e. (Revue belg. de puériclt, 1913, Bd. XXI, S. 21.)

J. A. Makrinow. Über die Wirkung der Neutralisation von Nährmedien mit Kreide auf die Aktivität von Milchsäurebakterien. Zentralbl. f. Bakteriol. und Parasitenkunde, 1913, II, Bd. XXXVII, S. 609.)

E. Melanby. The metabolism of lactating women. (Proceedings of the R. Soc, 1913, Bd. LXXXVI, S. 88.)

Enrico Mensi. Quoziente d'energia del lattante. (Rivista Jg. San. Pubbl., Bd. XXIII, S. 604.)

Metschnikoff und **Wollmann.** Sur quelques essais de désintoxikation intestinale. (Ann. de l'institut Pasteur, 1912, Bd. XXVI, S. 825.)

A. Morgen, C. Beyer und **F. Westhausser.** Über den Futterwert der ungesäuerten Zuckerrübenblätter für Milchtiere. (Deutsche landwirtschaftliche Versuchsstationen, 1913, Bd. LXXIX/LXXX, S. 637.)

Möller-Lenhertz. Eine neue Verschlußklappe für Milchflaschen. Mitteilungen des deutschen milchwirtschaftl. Vereines, 1913, S. 13.)

Victor C. Myers und **Morris S. Fine.** A consideration of the chemical methods employed in medical diagnosis. IX. (The chemistry and Physiology of milk. Postgraduate, 1913, Bd. XXVIII, S. 38.)

H. Neuhaus und **G. Schaub.** Über die sogenannte Kuhmilchidiosynkrasie bei Säuglingen. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VII, S. 310.)

Nevermann. Was können die Molkereien zur Bekämpfung der Tuberkulose im Hinblick auf das neue Reichsviehseuchengesetz tun? Schriften des deutschen milchwirtschaftl. Vereines, 1913, Nr. 42.)

James Oliver. The influence of lactation. (Lancet 184, 1913, S. 194.)

Stanislaus Ostrowski. Die Engel-Turnausche Reaktion bei Brustkindern. (Jahrbuch f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVII, S. 575.)

S. Parastschuk. Biologische Untersuchungsmethode für die Güte der Milch. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1913, Bd. XLII, S. 65.)

J. Peters. Die Verwertung der Milchergiebigkeit und die Verwertung der Kontrollvereinsresultate. (Deutsche landwirtschaftl. Tierzucht, 1913, Nr. 11—13.)

Erich Petersilie. Die Milchversorgung auf dem Bahnwege in 11 deutschen Großstädten im Jahre 1911. (Schriften des deutschen milchwirtschaftl. Vereines, 1913, Nr. 41.)

R. Pfister und **W. Lenze.** Tabelle der berechneten Trockensubstanz der Milch nach der F l e i s c h m a n n schen Formel. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1913, Bd. XLII, S. 87, 134, 169, 196.)

E. Philippe. Zum Nachweis von Wasserstoffsuperoxyd in Milch. Schweizerische Mitteilungen f. Lebensmitteluntersuchungen und Hygiene, 1913, Bd. III, S. 381.)

A. Rakoczy. Weiteres über die Pepsinchymosinfrage. (Zeitschr. f. physiol. Chem., 1913, Bd. LXXXIV, S. 329.)

L. Ribadeau-Dumas. Les troubles alimentaires et le lait albumineux. (Nourrisson, 1913, Bd. I, S. 162.)

F. W. Richardson und **Wm. Keighley Walton.** Analyst, 1913, Bd. XXXVIII, S. 140.)

Otto Richter. Über Wechselbeziehungen zwischen Verseifungszahl, Jodzahl und Refraktometerzahl der Fette und Öle. (Milchwirtschaftliches Zentralbl., 1913, Bd. XLII, S. 7.)

L. A. Rogers und **Broke J. Davis.** (U. S. Dep. of Agric. Bull. 154, 1912.)

W. Rullmann. Vorläufige Mitteilung über Römers Arbeit „Zur Schardingerreaktion der Kuhmilch". (Biochem. Zeitschr., 1913, Bd. LXVIII, S. 155.) (Polemik gegen Römer.)

Philipp Rupp. (U. S. Dep. of Agric., Bull. 166.)

Sawazaki. Über den paralytischen Zustand bei Hühnern, welche durch die Injektion der Milch der Kakkekranken entsteht. (Mitteilungen der med. Gesellschaft, Tokio, 1913, Bd. XXVII, S. 3.)

E. A. Schaper. On the effect of pituitary and corpus luteum extracts on the mammary gland in the human subject. (Journ. of exper. Physiol., 1913, Bd. VI, S. 17.)

Josef Schiffmann und **Adolf Vystavel.** Versuche zur Frage einer innern Sekretion der Mamma. (Wiener klin. Wochenschr., 1913, S. 261.)

P. Schuppli. Grabnerhängkette, ein wichtiges Hilfsmittel für das Wohlbefinden der Rinder und zur Gewinnung reiner Milch. (Deutsche landwirtschaftl. Presse, 1913, Nr. 28.)

Hermann Schwarz und **Murray H. Bass.** Osteogenesis imperfecta. (Report of a case with the study of its metabolism.)

M. Siegfeld. 14 Jahre Untersuchung ostfriesischer Butter und weitere Beiträge zur Butterbeurteilung. (Zeitschr. f. Untersuchung der Nahrungs- und Genußmittel, 1913, Bd. XXV, S. 689.)

Lucius L. van Slyke and **Alfred W. Bosworth.** Composition and properties of some casein and paracasein coumpounds and their relations to cheese. (New York Agric. exper. Station. Techn. Bull. Nr. 26, Dezember 1912, enthält folgende, auf anderer Stelle publizierten Arbeiten.)

— (1) Method of preparing ash-free casein and paracasein. (Journ. of biol. Chem., 1913, Bd. XIV, S. 203.)

— (2) Preparation and composition of unsaturated or acid caseinates and paracaseinates, (ibidem, S. 211.)

— (3) Valency of molekules and molecular weights of casein and paracasein, (ibidem, S. 227.)

— (4) Composition and properties of the brinesoluble compound in cheese. (Ibidem, S. 231.) (Cf. auch Bosworth und van Slyke.)

Fr. Sprinkmeyer. Versuche über die Einwirkung von Saugflaschen mit Rohr auf den Keimgehalt der daraus abgesaugten Milch. (Milchwirtschaftl. Zentralbl., 1913, Bd. XLII, S. 174.)

H. Steenbock und **E. B. Hart.** The influence of function on the lime requirements of animals. (Journ. of biol. Chem., 1913, Bd. XIV, S. 59.)

Hermann Steng. Die Milch brünstiger Kühe als Kindermilch. (Arch. f. Hygiene, 1913, Bd. LXXVIII, S. 219.)

Marjory Stephenson. On the nature of animal lactase. (Biochem. journ., 1912, Bd. VI, S. 250.)

Stoeltzner. Über Larosan, einen einfachen Ersatz der Eiweißmilch. (Münchner med. Wochenschr., 1913, S. 219.)

A. Ströse. Eine Prüfung des Auerbachschen Milchschnellkochers. (Zeitschr. f. Fleisch- und Milchhygiene, 1913, Bd. XXIII, S. 385.)

J. Thöni und **A. C. Thaysen.** Micrococcus mucofaciens n. sp., ein Milchschädling. (Schweizerische Mitteilungen f. Lebensmitteluntersuchung und Hygiene, 1912, Bd. III, S. 335.)

P. Uhlenhut und **P. Mulzer.** Über die Infektiosität von Milch syphilitscher Frauen. (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 19.)

C. A. A. Utt. (Journ. of ind. and engin. Chem., 1913, Bd. V, S. 168.)

G. Variot. La situation du berceau comme facteur de l'asymmetrie des seins. (Gac. des hôp., Bd. LXXXVI, S. 133.)

Variot, Guber, Lavialle und **Sédillot.** Essai sur le valeur alibile du lait désséché.)

P. Vieth. Leistungsprüfungen von Ziegen der Ziegenzuchtvereine Bruggen, Harsum, Schüttorf und Wessenstadt. (Zeitschr. f. Ziegenzucht, 1913, Nr. 9, 10, 13.)

Wilhelm Völtz und **Johannes Paechtner.** Über den Alkoholgehalt der Milch nach Zufuhr wechselnder Alkoholmengen und unter dem Einflusse der Gewöhnung. (Biochem. Zeitschr., 1913, Bd. LII, S. 73.)

L. Vuaflart. (Ann. des Falsif., 1913, Bd. VI, S. 148.)

H. Wagner, R. Walker und **H. Oestermann.** Über den Einfluß des Lichtes auf Fette unter absolutem Abschluß von Licht. (Zeitschr. f. Untersuchung der Nahrungs- und Genußmittel, 1913, Bd. XXV, S. 704.)

Ew. Weber. Die Diagnose des Frischmilchendseins nach S c h e r n. Zeitschr. f. Tiermedizin, 1913, Bd. XVII, S. 205.)

Weigmann. Die Errichtung einer Reichsanstalt für Milchwirtschaft. (Mitteilungen des deutschen milchwirtschaftl. Vereines, 1913, S. 37.)

O. Wellmann. Verwertung der Voll- und korrigierten Magermilch durch Saugkälber und Ferkel. (Ungarisch.) Kiserl Koglemiengan, 1913.

Kenelm Winslow. Certified milk, an unsafe food. (Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 387.)

S. Yagi und **H. Yamamoto.** Können Milch- und Rohrzucker nach der Reduktionsmethode nebeneinander bestimmt werden? (Arch. f. internationale Pharmakodyn., 1912, Bd. XXII, S. 255.)

Arvo Ylppö. Der isoelektrische Punkt des Menschen-, Kuh-, Ziegen-, Hunde- und Meerschweinchenkaseins. (Zeitschr. f. Kinderheilkunde, 1913, Bd. VIII (Originale), S. 224,)

Giovanni Zanetti. Contributo alla conoscenca dell' alimentazione naturale ed artificiale del lattante, II. Il fabbisogno di grasso nel lattante normale al seno. (La ped., 1912, Bd. XX, S. 81.)

Januarius v. Zubrzycki und **Richard Wolfsgruber.** Normale Hämagglutinine in der Frauenmilch und ihr Übergang auf das Kind. Deutsche med. Wochenschr., 1913, S. 210.)

Zwick und **Krage.** Über die Ausscheidung von Abortusbazillen mit der Milch infizierter Tiere. (Berliner tierärztl. Wochenschr., 1913, Nr. 3.)

Allgemeines.

Der Grundriß der Milchhygiene von Ernst dürfte trotz der bereits vorhandenen Werke über Milchhygiene sich seinen Platz in der Milchliteratur erobern. Nachdem in kurzen Zügen die physiologische Chemie der Milch besprochen wurde, wird eingehend die Bakteriologie und Pathologie geschildert und schließlich die Marktkontrolle und die Milchuntersuchung erörtert. Die chemische Untersuchung wird, als nicht zur Kompetenz des Verf. gehörig, nur ganz kurz berührt. Das vorliegende Buch scheint mir unter den existierenden Werken über Milchhygiene das beste zu sein, seine Lektüre ist auch Ärzten und Chemikern sehr zu empfehlen.

Droop-Richmond gibt als Jahresmittel von 19646 von ihm untersuchten Milchproben folgende Werte an:

	Spezifisches Gewicht	Trockensubstanz	Fett	Fettfreie Trockensubstanz
		in Prozenten		
Morgenmilch	1·0321	12·37	3·51	8·86
Abendmilch	1·0318	12·70	3·85	8·85
Gesamtmittel	1·0319	12·54	3·68	8·86

Wie früher auch, wurde im Juli und August die niedrigste fettfreie Trockensubstanz gefunden.

Alpers und Neff berichten über die Untersuchungsergebnisse einer größeren Zahl von Milchproben. Sie erhielten folgende Werte:

	Spezifisches Gewicht bei 15° C	Fettgehalt in Proz.	Refraktion des Chlorkalziumserums
1. 154 Stallproben.			
Mittel	1·0314	3·9	39·12
Maximum	1·0373	7·3	42·20
Minimum	1·0272	2·2	36·20
2. 478 unverdächtige oder erwiesen reine Proben.			
Mittel	1·0315	3·73	39·08
Maximum	1·0348	7·8	41·40
Minimum	0·0278	2·0	36·60

Die Untersuchungen Bambergs über die Zusammensetzung der Milch milchreicher Frauen ergaben, daß durch eine hohe Milchmenge die Zusammensetzung nicht beeinflußt wird. Die Milch menstruierender Frauen übt keinen schädigenden Einfluß auf den Säugling aus.

Zanetti fand, daß der Fettgehalt der Frauenmilch von der sezernierten Milchmenge dergestalt abhängig ist, daß einer erhöhten

Milchmenge ein verminderter Fettgehalt entspricht. Einer Erhöhung des Fettgehaltes entspricht auch stets eine solche des Eiweißes, und zwar ist bald das Albumin, bald das Kasein an dieser Erhöhung vorherrschend beteiligt.

Engel (1) beobachtete eine ganz merkwürdige Erscheinung beim Schütteln der Frauenmilch. Es zeigte sich nämlich, daß mit zunehmender Dauer des Schüttelns die Azidität zunahm, um sich einem Maximum zu nähern, das zwischen 20 und 25 cm^3 $\frac{n}{10}$ Na OH in 100 cm^3 Frauenmilch liegt, während die Anfangsazidität immer sehr niedrig war (2·3 bis 5·0 cm^3 $\frac{n}{10}$ Na OH). Gleichzeitig traten staubförmige Gerinnsel auf und das Kasein wurde leichter durch Säure fällbar. Bakterielle Einflüsse erscheinen ausgeschlossen, das Milchfett scheint die Hauptrolle bei dieser Erscheinung zu spielen, da entrahmte Frauenmilch bei noch so langem Schütteln nur eine sehr geringe Aziditätserhöhung zeigte.

Bauer (1) hat eine neue Reaktion zur Unterscheidung von Kuh- und Frauenmilch gefunden. Fügt man zu 2 bis 3 cm^3 Kuh- respektive Frauenmilch je 1 Tropfen einer 0·25%igen, wässerigen Lösung von Nilblausulfat (Grübler, Leipzig), so färben sich beide blau, die Kuhmilch grünblau, die Frauenmilch mehr violett. Durch Schütteln mit Äther läßt sich der Frauenmilch der Farbstoff entziehen, der Kuhmilch aber nicht. Ältere Frauenmilch, in welcher bereits Säuerung eingetreten ist, wird nicht mehr entfärbt. Die Morosche Neutralrotreaktion verhält sich ganz analog der Nilblaureaktion, auch hier wird Frauenmilch durch Äther entfärbt, Kuhmilch nicht.

Eiweißkörper.

van Slyke und Bosworth (1) stellen aschenfreies Kasein und Parakasein in der Weise dar, daß die wiederholt (4- bis 5mal) in Ammoniak gelösten und mit Essigsäure wieder gefällten Eiweißkörper in stark ammoniakalischer Lösung mit Ammoniumoxalat von den letzten Kalkresten befreit werden. Das klare Filtrat wird mit verdünnter Salzsäure gefällt, der Niederschlag mit sehr viel Wasser gewaschen, dann mit Alkohol und Äther verrieben und schließlich im Schwefelsäureexsikkator im Vakuum getrocknet. So hergestellte Präparate besaßen 0·06 bis 0·07% Asche. Im übrigen wurde für Kasein gefunden: C = 53·50%, H = 7·13%, N = 15·80%, P = 0·71%, S = 0·72%. Aus den so gewonnenen Eiweißkörpern wurden mit Ammoniak, Natron- und Kalilauge, Kalk, Strontium, Baryum saure Salze hergestellt (2), indem die Lösungen von Kasein respektive Parakasein in den genannten Basen ($\frac{n}{50}$-Lösungen) so lange mit $\frac{n}{50}$-Salzsäure versetzt wurden, bis gerade ein entstehender Niederschlag nicht mehr verschwand. Hinsichtlich der Alkaliverbindungen

zeigte sich, daß 1 cm^3 $\frac{n}{50}$-Lauge 0·87 bis 0·91 g Kasein zu binden vermag (d. i. für 1 g Kasein 1·10 bis 1·15 . 10^{-4} Grammäquivalente), aber nur halb soviel Parakasein. Die Alkaliverbindungen der letzteren enthalten also die doppelte Menge an Alkali. Ammoniumkaseinat enthielt 0·19 bis 0·20% NH_4. Bei den Verbindungen der Erdalkalimetalle sind zwei Reihen zu unterscheiden: monobasische und dibasische. Die ersteren sind unlöslich in Wasser und entsprechen den Alkaliverbindungen (1 g Kasein entspricht 1·125 . 10^{-4} Grammäquivalenten), während die zweibasischen Salze, die die doppelte Menge Base enthalten, in Wasser löslich sind. Auch hier enthalten die Parakaseinate in beiden Reihen doppelt so viel Base als die Kaseinate (2·25 beziehungsweise 4·5 . 10^{-4} Grammäquivalente). Die in Wasser unlöslichen monobasischen Salze sind in Kochsalzlösung löslich (Bildung von Natriumkaseinaten beziehungsweise -parakaseinaten).

Anderseits wurden von Bosworth und van Slyke basische Kalksalze des Kaseins und Parakaseins mittelst $Ca(OH)_2$ und $CaCO_3$ hergestellt (Lösen in Kalkwasser und gegen Phenolphtalein neutralisieren). Im ersten Falle wurde der Kalkgehalt der Verbindung bestimmt, im letzteren außerdem die verdrängte Kohlensäure. Hierbei zeigte sich, daß 1 g Kasein 9 . 10^{-4} Grammäquivalente Ca bindet, der Gehalt der Verbindungen betrug 2·5% CaO respektive 1·8% Ca. Nach diesen Untersuchungen berechnen van Slyke und Bosworth (3) das Molekulargewicht des Kaseins zu 8888, das des Parakaseins zu 4444.

Kalziummonoparakaseinat wollen van Slyke und Bosworth (4) auch in Cheddarkäse gefunden haben.

Eisler erhielt bei der Oxydation des Kaseins mittelst Kalziumpermanganat außer Peroxyprotsäure, Desaminoprotsäure und Kyroprotsäure eine weitere Substanz, die Desaminokyroprotsäure, eine sehr sauerstoffreiche, stickstoffarme Säure.

Fett.

Richter stellte bei verschiedenen Fetten und Triglyzeriden feste Beziehungen zwischen Verseifungszahl, Jodzahl und Refraktometerzahl fest. Der Brechungsindex für Triglyzeride steigt mit zunehmendem Molekulargewicht um fast genau 0·001 für jede Zunahme des Molekulargewichts von 28·02 ($= C_2H_4$). Ebenso besteht ein Zusammenhang zwischen dem Jodbindungsvermögen und der Lichtbrechung. Bei den einfachen Triglyzeriden läßt sich danach der dritte Wert berechnen, sobald zwei von ihnen bekannt sind.

Siegfeld gibt eine sehr interessante Übersicht über eigene 14jährige Untersuchungen und diejenigen anderer Autoren, aus welchen zur Evidenz hervorgeht, daß die Menge der flüchtigen Fettsäuren des Milchfettes mit fortschreitender Laktation ständig abnimmt.

Wagner, Walker und Oestermann setzten verschiedene Fette unter vollständigem Luftabschluß (zugeschmolzene Glasgefäße) 2 Jahre lang unter zeitweisem Schmelzen der Fette der Wirkung des Sonnenlichtes beziehungsweise Tageslichtes aus und konstatierten, soweit Butterfett in Frage kommt, folgende Veränderungen:

	Vor der Belichtung				Nach der Belichtung			
	Refraktometerzahl bei 40° C	Jodzahl	Verseifungszahl	Säuregrad	Refraktometerzahl bei 40° C	Jodzahl	Verseifungszahl	Säuregrad
Holländische Butter	43·3	36·06	229·8	1·60	42·7	35·01	232·6	3·3
Sibirische Butter .	43·7	36·68	229·5	1·40	43·4	36·27	232·7	3·0

Durch die Einwirkung des Lichtes wurde somit, ebenso wie bei den übrigen untersuchten Fetten, eine geringe Zunahme des Säuregrades und Abnahme der Jodzahl bewirkt. Beim Butterfett wurde außerdem die Verseifungszahl in geringem Maß erhöht, bei den übrigen Fetten trat eine Erhöhung derselben nicht in gleichem Maße auf. Die Farbe war ausgebleicht, der Geschmack kratzend und unangenehm, der Geruch typisch ranzig geworden. Aus ihren Versuchen schließen die Verff., daß die Anschauung, daß nur die gleichzeitige Wirkung von Licht und Luft das Ranzigwerden der Fette verursache, unzutreffend ist.

Salze.

Horiuchi untersuchte den Aschengehalt der Milch von Japanerinnen. Im allgemeinen wurden etwas niedrigere Werte gefunden als bei der Milch von Europäerinnen. Im Verlaufe der Laktation nahm der Aschengehalt allmählich ab. Der Chlorgehalt der Milchasche wurde normal befunden.

Enzyme.

Grimmer (1) wendet sich gegen die neuesten Anschauungen von Hesse und Kooper, welche jetzt vermuten, daß die Peroxydasereaktion der Milch durch Eisensalze vom Typus des milchsauren Eisenoxyduls bewirkt werde. Die von Hesse und Kooper in ihren aktiven Lösungen gefundenen Eisenmengen sind 30- bis 100mal größer als der Eisengehalt der Milch. Zudem ist Eisen in der frischen Milch jedenfalls nicht als Ion nachweisbar.

Jona stellte fest, daß die Peroxydasereaktion der Milch durch Borax, Borsäure, Salizylsäure, Benzoësäure, Natriumbikarbonat und

Sublimat nicht beeinflußt wird. Gekochte Milch mit diesen Zusätzen gab die Reaktion nicht (Guajakol, Paraphenylendiamin). Ammoniakalische $CuSO_4$-Lösung gab bei roher und gekochter Milch mit Guajakol Braunfärbung, mit Paraphenylendiamin Blaufärbung. Beim Erhitzen der Milch, die vorher mit den genannten Antiseptizis versetzt war, bleibt die Reaktion schon bei niedrigeren Temperaturen aus, als wenn die Milch kein Konservierungsmittel enthielt. Am stärksten wirken Sublimat und Natriumbikarbonat.

Weber bestätigt die von Reinhardt und Seibold gemachte Beobachtung, daß die zuerst ermolkene Milch die Schardingerreaktion in geringerem Maße gibt, als die zuletzt ermolkene. Der Versuch, die Schardingerreaktion zu Feststellung des Frischmilchendseins der Kühe zu verwenden, wie dies Schern in bedingter Weise empfahl, ist nach den Untersuchungen von Weber ganz hoffnungslos. Das einzige Resultat, das gezeitigt wurde, ist das, daß eine Erstmilch, die innerhalb 10 bis 12 Minuten entfärbt, von einer altmelken Kuh stammt. Weitere Untersuchungen müssen aber erst noch eine Bestätigung dieser Versuche liefern.

Davidsohn (1) bestätigt die Beobachtung, daß Frauenmilch ein lipolytisches Ferment enthält (Tributyrin), Kuhmilch aber nicht.

Haptine.

v. Zubrzycki und Wolfsgruber fanden in der 24 Stunden post partum sezernierten Frauenmilch normale Haemagglutinine, deren Menge in den ersten Tagen rasch abnimmt. Bei Erstgebärenden sind sie in größerer Menge in der Milch enthalten als bei Mehrgebärenden. Die größte Wirksamkeit entfalten die Agglutinine gegenüber Taubenblut. Ihre Menge wird weder durch den Stillakt noch durch die Ernährung beeinflußt. Für den Säugling scheinen sie ohne Bedeutung zu sein, da bis zum 14. Tage post partum in ihrem Blute keine Agglutinine nachweisbar waren.

Die Untersuchungen von Kleinschmidt zeigen, daß gesunde, ausgewachsene Meerschweinchen auf enteralem Wege mit Kuhmilch sensibilisiert werden können. Ob hierbei rohe oder kurz aufgekochte Milch verwendet wird, ist gleichgültig, bei längere Zeit ($1^1/_4$ Stunde) erhitzter Milch werden die Resultate aber inkonstant. An der Sensibilisierung ist in erster Linie das Milchalbumin beteiligt, doch kommt auch eine Kaseinüberempfindlichkeit vor, beide können nebeneinander bestehen (polyvalente Anaphylaxie). Ein überstandener Kaseinchock bewirkt keine Antianaphylaxie gegen Albumin. Auf enteralem Wege läßt sich bei subkutan und durch Fütterung vorbehandelten Tieren kein anaphylaktischer Chock auslösen. Tiere, die im Hungerzustande oder nach der Verabreichung von Podophyllin die auslösende Milchmenge auf oralem Weg erhielten, verhielten sich refraktär.

Das Berkefeldfiltrat von roher Milch verursachte sowohl beim Menschen wie beim Meerschweinchen ausgesprochene Reaktionserscheinungen. Mit inaktiviertem Berkefeldfiltrat oder Rinderserum

konnte beim Meerschweinchen und beim Menschen eine positive intrakutane Reaktion nicht erzielt werden.

Physikalisches, Reaktion.

Ylppö fand den isoelektrischen Punkt und das Ausflockungsoptimum bei

Ziegenmilchkasein	zu $2{\cdot}6.10^{-5}$	Kuhmilchkasein	zu $2{\cdot}6.10^{-5}$
Ziegenkolostrumkasein	zu $2{\cdot}6.10^{-5}$	Meerschweinchenkasein	zu $2{\cdot}1.10^{-5}$
Hundemilchkasein	zu $2{\cdot}7.10^{-5}$	Frauenmilchkasein	zu $6{\cdot}9.10^{-5}$

Der isoelektrische Punkt des Frauenmilchkaseins liegt somit in merkbar saurerem Gebiete als der des übrigen Kaseins. Die beobachteten Schwankungen waren sehr große ($4{\cdot}5$— $8{\cdot}2.10^{-5}$), sie werden nach Ylppö aber nicht durch den verschiedenen Reinheitsgrad der verschiedenen Präparate, sondern durch die Fehlergrenzen der Methode bedingt. Das Frauenmilchkasein weist nach diesen Untersuchungen einen stärkeren Säurecharakter auf als die übrigen Kaseine.

Capobianco bestimmte den Gefrierpunkt des Kolostrums und der Milch während einer vollen Laktationsperiode. Er fand, daß der Gefrierpunkt keine Konstante ist, sondern sich je nach der Aktivität der Milchdrüse ändert.

Lab und Labgerinnung.

Rakoczy stellt sich gegenüber den Einwänden von van Dam erneut auf den Standpunkt, daß Pepsin und Chymosin zwei voneinander verschiedene Fermente sind. Chymosin wird nur von den Jungen der Wiederkäuer, des Pferdes und des Schweines abgesondert, während beim Menschen und Didelphys Pepsin die Milchgerinnung bewirkt. Bei noch anderen Tieren (Hund, Katze) erfolgt eine Gerinnung weder durch Pepsin noch durch Chymosin.

Die Untersuchungen Gerbers über das Labferment der Euphorbiaarten ergaben, daß seine Wirksamkeit durch Säuren sehr gefördert wird. Alkalien in geringen und mittleren Dosen wirken verzögernd beziehungsweise hemmend, während größere Alkalikonzentrationen einen sichtlich fördernden Einfluß auf die Labgerinnung haben. Auch Halogene bewirken eine Beschleunigung der Labgerinnung. Hinsichtlich ihres Verhaltens gegenüber den verschiedensten Salzen nehmen die Euphorbialabfermente eine Zwischenstellung zwischen den Fermenten von Ficus, Vasconcella und Carica einerseits und von Broussonetia anderseits ein. Die Erhitzung auf Temperaturen von 55° und darüber bewirkt eine Schädigung der Fermente.

Jahnson-Blohm untersuchte, ob die hemmende Wirkung von Kohle, Normalserum und Immunserum auf Lab durch indiffe-

rente kolloidale Substanzen wieder aufgehoben wird. Als solche Substanzen kamen Saponin, Cholesterin und mit Salzsäure behandeltes Eierklar zur Verwendung, die für sich allein Lab nicht beeinflußten. Es ergab sich, daß Saponin und Cholesterin die Hemmung der Labwirkung durch Kohle aufzuheben vermag. Saponin wirkt außerdem der Hemmung durch Normalserum entgegen, nicht aber der des Immunserums. Eierklar wirkt der Hemmung des Normalserums entgegen. Saponin vermag an Kohle gebundenes Lab frei zu machen, die anderen Substanzen sind hierzu nicht imstande.

Wirkung des Erhitzens.

Rupp studierte die Veränderungen der Milch, die sie beim Erhitzen erleidet. Halbstündiges Erhitzen auf 62·8° hatte keine erheblichen Veränderungen zur Folge, insbesondere werden die löslichen Kalk- und Magnesiumsalze nicht unlöslich. Auch bei 68·3° ist dies nicht der Fall. Bei 65·6° beginnt Albumin unlöslich zu werden, und zwar koagulieren zirka 5·75% desselben. Mit steigender Temperatur nimmt auch die Menge des koagulierenden Albumins zu. Die Labgerinnung des Kaseins erfolgt in einer bis zu 65° erhitzt gewesenen Milch rascher als in roher Milch, bei 70° ist die Gerinnungszeit etwas verlängert, während sie bei auf 75° erhitzter Milch fast doppelt so groß ist als in roher Milch.

Allaria (1) bestätigt die schon mehrfach gemachte Beobachtung, daß durch anhaltendes Kochen die Azidität der Milch erhöht und ihre Labfähigkeit herabgesetzt wird. Da Säuren an sich die Labgerinnung fördern, so schließt er aus dem gegenteiligen Verhalten der erhitzten Milch, daß durch das Kochen das Kasein und die Kalksalze konstitutionelle Veränderungen erleiden, wodurch trotz der erhöhten Azidität die Labfähigkeit der Milch beeinträchtigt wird.

Grosser filtrierte rohe und erhitzte Kuhmilch (Magermilch), Frauenmilch und Buttermilch (saure Magermilch) durch ein Bechholdsches Ultrafilter, das nur kristalloide, nicht aber kolloide Substanzen durchläßt, unter einem Drucke von 6 Atmosphären Stickstoff und untersuchte das Filtrat. Er fand folgendes:

Das Kochen übt auf den Gefrierpunkt keinen Einfluß aus, der Gehalt an Stickstoff und Phosphorsäure wird bei der Kuhmilch kaum beeinflußt, während er bei Frauenmilch ganz beträchtlich sinkt (N von 38·5% des Gesamt-N der Frauenmilch auf 26·1% [bei dieser Angabe scheint mir ein Rechenfehler vorzuliegen, Referent], P_2O_5 von 74·4 auf 67·4%), die Menge des Kalkes nimmt sowohl in Kuh- wie in Frauenmilch ab, in letzterer stärker als in ersterer (von 44·7 auf 23·7% beziehungsweise von 23·4 auf 18·0%). Bei der Buttermilch treten keine derartigen Veränderungen auf. Weiterhin ergab sich, daß in der Frauenmilch Stickstoff, Phosphor und Kalk zu einem höheren Prozentsatz als Nichtkolloide vorhanden sind als in der Kuhmilch.

Histologie und Physiologie.

Gavin injizierte Milchkühen Extrakte der Hypophyse und des Corpus luteum intravenös, ohne irgend einen Einfluß auf die Milchproduktion beobachten zu können. Schaper, der die gleichen Versuche bei laktierenden Frauen anstellte, kommt ebenfalls zu einem negativen Resultate.

Cohn gibt an, daß das Wachstum der Mammae mit der Entwicklung der Ovarien einhergeht, während anderseits die Ovarien einen hemmenden Einfluß auf die Milchsekretion ausüben. Bei einer Patientin, die an Atrophie des Uterus und der Punktation litt, machte sich eine starke Galaktrorrhöe bemerkbar. In ähnlichem Sinne sind die Ausführungen von Oliver zu deuten. (Es sei daran erinnert, daß nach Kastration milchende Tiere in ihrem Milchertrage ebenfalls in die Höhe gehen und viel länger Milch geben als nicht kastrierte Tiere. Referent.)

Variot macht für die Erscheinung, daß in vielen Fällen die rechte Brust stillender Frauen stärker entwickelt ist als die linke, den Umstand geltend, daß — die Wiege rechts vom Bette der Mutter steht. Infolgedessen werde das Kind nachts nur an die rechte Brust gelegt, so daß diese hypertrophiert wird.

Falk versuchte festzustellen, ob die während der Schwangerschaft im Blute auftretenden Abwehrfermente auch noch nach der Geburt auftreten, beziehungsweise wie lange sie darin nachweisbar sind, ob somit die Methode geeignet ist, das Frischmilchendsein der Kühe nachzuweisen. Er fand, daß nach 21 bis 23 Tagen post partum positive Reaktionen auftreten, später aber nicht mehr.

Melanby beobachtete bei Frauen nach der Geburt eine erhöhte Kreatinausscheidung im Harne, die er mit der Funktion der Milchdrüse in Verbindung bringt, da diese Erhöhung der Kreatinabscheidung nur bei milchenden Frauen beobachtet wurde, nicht aber bei solchen, bei denen aus irgend welchen Gründen eine Milchabsonderung nicht statthatte.

Eckles und Shaw (1) führten an 11 Kühen Untersuchungen über den Einfluß der fortschreitenden Laktation auf die Eigenschaften und Zusammensetzung der Milch aus. Alle Tiere erhielten für die Dauer der Laktation genau das gleiche Futter. Sie fanden, daß die Eiweiß- und Fettmengen zu Beginn der Laktation stark erhöht sind, im Verlaufe mehrerer Wochen stetig abnahmen, um dann während des größten Teils der Laktation auf annähernd der gleichen Höhe zu bleiben, und erst gegen Ende derselben sehr rasch wieder anzusteigen. Von der Gesamtstickstoffmenge entfielen zirka 80 bis 82% auf Kasein, 7 bis 9% auf Albumin. Milchzucker und Asche waren fast gar keinen Schwankungen unterworfen.

Der Stand der Laktation ist von Einfluß auf die Größe der Fettkügelchen. Diese sind zu Beginn der Laktation am größten und nehmen gegen Ende derselben immer mehr ab, nachdem sie in der Zwischenzeit zirka 5 bis 6 Monate eine nahezu konstante Größe besitzen. Gleichzeitig ändert sich die Zusammensetzung des Fettes.

Die Reichert-Meißlsche Zahl und die Verseifungszahl erfahren eine Erniedrigung, die Jodzahl steigt an, ebenso steigt der Schmelzpunkt, während der Refraktionsindex nahezu konstant bleibt.

Weiterhin studierten Eckles und Shaw (2) den Einfluß der Rasse und der Individualität auf die Eigenschaften und Zusammensetzung der Milch. Von den 11 Kühen gehörten je 3 der Jersey-, der Holsteiner- und der Shorthornrasse, 2 der Ayrshirerasse an. Die Milch der Jerseyrinder hatte den höchsten Gehalt an Trockensubstanz, Eiweiß und Fett, die der Holsteiner den geringsten. Die Zuckermenge hingegen zeigte bei den verschiedenen Rassen kaum nennenswerte Differenzen. Die Fettkügelchen waren bei den Jerseys am größten, dann folgten Shorthorns, Ayrshires und Holsteiner. Auf die Zusammensetzung des Milchfettes übte die Rasse einen unverkennbaren, aber immerhin nur geringen Einfluß aus. Viel größer sind die durch Fütterung und im Verlauf der Laktation sich bemerkbar machenden Differenzen in der Zusammensetzung des Fettes.

Lalim und Grande beschäftigten sich mit der Frage, ob öfteres Melken unter allen Umständen den Milchertrag erhöht. Dies ist nur bei größeren Milchmengen der Fall. Bei Kühen mit 10 bis 15 kg Milchertrag kann bei dreimaligem Melken zirka 1 kg Milch mehr als bei 2maligem Melken gewonnen werden, während bei geringeren Milchleistungen (5 kg) keine günstige Beeinflussung des Milchertrages durch das mehrmalige Melken erzielt werden konnte. Der Fettgehalt der Milch wurde durch mehrmaliges Melken nicht beeinflußt.

Isaachsen, Lalim, Wold und Grande bestätigen die genügend bekannte Tatsache, daß die zuerst ermolkene Milch den geringsten Fettgehalt besitzt, die zuletzt ermolkene den reichsten. Durch das Saugenlassen des Kalbes werden die Verhältnisse nicht geändert. Wird eine Kuh nicht vollständig ausgemolken, so ist der Fettgehalt der bei der nächsten Melkzeit ermolkenen Milch nicht erhöht. Das nicht vollständige Ausmelken der Kühe ist daher höchst unökonomisch.

Kolostrum.

Engel und Bauer behandeln in umfassender Weise die chemischen und physiologischen Eigenschaften des Kolostrums.

Nach Untersuchungen von Burr, Berberich und Berg besitzt das Kolostrum einen sehr schwankenden Fettgehalt (1·3 bis 7·65%) einen sehr hohen Gehalt an Eiweiß und Asche und einen sehr niedrigen Milchzuckergehalt. Der prozentische Aschengehalt der Trockensubstanz weicht von dem bei reifer Milch nicht ab. Unter den Eiweißkörpern überwiegen die hitzekoagulablen, die bei der Säure- und Labgerinnung im Serum verbleiben. Das Fett besaß 0·025% Lezithin und 0·8% Cholesterin, es zeichnet sich weiterhin durch eine niedrigere Verseifungszahl und einen geringeren Gehalt an flüchtigen Fettsäuren aus.

Langstein, Rott und Edelstein bestimmten den Brennwert des Frauenkolostrums nach 7 Stunden zu 1500, nach 24 Stunden

zu 1200, nach 31 Stunden zu 1000 Kalorien. Die Berechnung des Brennwertes auf Grund der chemischen Analyse nach den in der Literatur niedergelegten Werten führt zu erheblich niedrigeren Resultaten.

Einfluß der Nahrung, Übergang von Stoffen.

Die Untersuchungen von Morgen, Beger und Westhausser zeigen, daß die vielfach geäußerte Anschauung, Rübenfutter begünstige die Milchproduktion, nicht zutrifft. Die an Schafen und Ziegen ausgeführten Versuche ergaben vielmehr, daß bei einem Ersatz des Eiweißes eines Teiles des Vergleichsfutters durch den Stickstoff gesäuerter Rübenblätter der Ertrag an Milch und Milchbestandteilen bis auf $^2/_3$ des zu erwartenden Ertrages bei Fütterung mit dem Grundfutter absank und daß selbst die Zulage von Rübenblättern (beziehungsweise des Nichteiweißes derselben) zu dem Vergleichsfutter einen Verlust an Milch und Milchbestandteilen von rund 20% bewirkte. Wurden die Rübenblätter in nur sehr geringer Menge, gewissermaßen als Reizstoff, gefüttert, so konnte ein begünstigender Einfluß auf die Milchproduktion nicht festgestellt werden. Weitere Versuche ergaben, daß die Verfütterung von Milchsäure in solchen Mengen, wie sie den durch die Rübenblätter zugeführten entsprechen, die Milchbildung ungünstig beeinflußte. Sollten weitere Versuche den vorliegenden Befund bestätigen, wäre von der Verfütterung gesäuerten Rübenfutters an Milchvieh dringend abzuraten.

Höckner hat den Segen der Kellnerschen Fütterungstheorie an seinem eigenen Viehbestande verspürt und empfiehlt diese Fütterungsweise auf wärmste.

Nach Untersuchungen von Kohn scheint es, als ob Ziegen, die stets im Stalle gehalten werden, eine hinsichtlich der Menge der Bestandteile geringwertigere Milch liefern als solche Tiere, denen Weidegang gewährt wird.

Steenbock und Hart bestimmten den Kalkbedarf einer Ziege zur Zeit der größten Laktation bis einige Zeit nach Beendigung derselben. Es zeigte sich, daß Kalk- und Stickstoffassimilation durchaus nicht parallel verlaufen. Bei kalkarmer Nahrung läuft unter sonst günstigen Verhältnissen neben einer positiven Stickstoffbilanz eine negative Kalkbilanz einher. Der Kalkverlust einer Ziege durch die Milch belief sich auf zirka 2 g für jedes Liter Milch, so daß bei der Fütterung und unter Berücksichtigung der nicht vollständigen Assimilation des Kalkes für jedes Liter Milch zirka 4 g über den Bedarf des nichtmilchenden Organismus zu rechnen sind. Eine nichtmilchende Ziege von 50 kg Lebendgewicht benötigt 0·4 bis 0·5 g Kalk.

Völtz und Paechtner stellten an zwei Kühen Fütterungsversuche an, um festzustellen, ob der mit der Nahrung verabreichte Alkohol in nennenswerten Mengen in die Milch übergeht. Es ergab sich, daß in den ersten Tagen relativ viel Alkohol in die Milch übergeht, daß seine Menge aber im Verlaufe der Gewöhnung an diesen

allmählich abnimmt. Bei einer Gesamtzufuhr von 5·8 l absoluten Alkohols in 16 Versuchen gingen insgesamt 11·05 $cm^3 = 0·19\%$ in die Milch über. Die Gesamtmilchmenge betrug 107·5 kg, so daß auf 1 g Milch 0·0817 g Alkohol entfallen. In der Milch einer Frau, die 3 Stunden vor der Milchentnahme 60 cm^3 Kognak mit 24·24% Alkohol erhalten hatte, wurden 0·045% der Zufuhr gefunden. Unter normalen Verhältnissen, d. h. bei mäßiger Zufuhr von Alkohol, dürften sonach nennenswerte Mengen Alkohol in die Milch, die den Säugling zu schädigen imstande wären, nicht auftreten.

Haas beobachtete bei der Verabreichung von Sublimat an stillende Frauen, daß hierdurch Ernährungsstörungen der Säuglinge in auffallendem Maße günstig beeinflußt wurden. Luetische Erscheinungen der Säuglinge syphilitischer Mütter wurden indessen nicht beeinflußt, während bei den Müttern selbst eine deutliche Besserung beobachtet wurde. Die Sublimatgabe betrug 0·0019 g täglich 3mal nach der Mahlzeit. Der Übergang von Quecksilber in die Milch wurde nicht geprüft. Haas vermutet indessen, daß dieses nicht in die Milch übergeht, sondern, daß die Verabreichung von Sublimat eine spezifische Beeinflussung der Milchdrüse zur Folge hat.

Nach intravenöser und intramuskulärer Injektion von Salvarsan an stillende Frauen wurde nach Caffarena Arsen mit der Milch wieder ausgeschieden. Bei intravenöser Injektion dauerte die Ausscheidung 2 bis 3, bei intramuskulärer Einspritzung 10 bis 12 Tage. In beiden Fällen war die Arsenmenge groß genug, um bei den syphilitischen Säuglingen deutliche Heilerfolge zu erzielen.

Bakterien.

Ayres und Johnson unterscheiden 4 Gruppen von Bakterien:

1. Säurebildende.
2. Inerte, d. h. solche, die die Reaktion der Milch in 14 Tagen nicht verändern.
3. Alkalibildende.
4. Peptonisierende Bakterien.

In roher Milch herrscht die 2. Gruppe vor. Beim Pasteurisieren auf verschiedene hohe Temperaturen findet eine Veränderung in dem Mengenverhältnisse statt. Bei 30 Minuten lang auf 62·8° erhitzter Milch herrschen unter den übrig gebliebenen Bakterien die Säurebildner vor, ebenso beim Erhitzen auf 71·1°, bei 76·7° machen diese zwar noch immer die Hauptzahl aus, ihre Lebensfähigkeit ist aber schon erheblich herabgesetzt, wie sich aus der nur sehr langsamen Säureproduktion ergibt. Die alkalibildenden Bakterien sind fast vollständig verschwunden, die Menge der peptonisierenden Bakterien beginnt erheblich anzusteigen. In einer auf 82·2° erhitzten Milch besitzen sie die Oberhand, fast 75° aller vorhandenen Bakterien sind Proteolyten, während die Menge der übrigen Bakterien fast ganz in den Hintergrund gedrängt wird.

Die Versuche von Rogers und Davis haben den Zweck, die Milchsäurebakterien zu klassifizieren, besonders ist hierzu nach den

Autoren das Verhalten gegen Raffinose und Glyzerin geeignet, während Rohrzucker aus dem Grunde, weil er von sehr verschiedenen Bakteriengruppen vergoren wird, sich in weniger hohem Maße eignet. Die Versuche sind als vorläufige zu betrachten.

Harding und Wilson untersuchten über 1200 Milchproben von 78 Kühen auf ihren Keimgehalt. Die Euter wurden bei diesen Versuchen sorgfältig gereinigt (nicht desinfiziert) und die Milch mit der Hand in sterile Gefäße gemolken. Im Durchschnitt wurden 428 Keime im Kubikzentimeter gefunden. Die 4 Viertel des Euters zeichneten sich nicht durch gleichen Bakteriengehalt aus, in den hinteren Vierteln wurden durchschnittlich 3mal so viel Keime gefunden wie in den vorderen. Das Alter der Kühe sowie die Laktationsperiode hatten keinen Einfluß auf den Keimgehalt der Milch. Nur in den allerersten Tagen nach der Geburt wurde mehrfach eine höhere Keimzahl festgestellt. Ihrer Art nach stellte die Mehrzahl der Mikroorganismen Kokken vor (zirka 75%), die Flora zeichnete sich durch einen Mangel an Eigenbewegung, Sporenbildung und Gasbildung aus. Nach der Klassifizierung der Gesellschaft amerikanischer Bakteriologen würden die gefundenen Keime 71 Gruppen angehören.

Makrinow stellte Untersuchungen über die Wirkung von Kreide auf die Virulenz von Milchsäurebakterien des Typus Bacterium lactis acidi Leichmann an. Nach seinen Befunden ist die Aktivität und das Wachstum dieser Bakterie umgekehrt proportional der Azidität des Nährmediums. Kreide ist ein ausgezeichnetes Neutralisationsmittel. Die Züchtung bei Zimmertemperatur ist der Mikrobe viel zuträglicher als bei Brutschranktemperatur.

Barthel untersuchte eine Reihe von Milchsäurelangstäbchen in biochemischer Hinsicht. Zur Identifizierung respektive Differenzierung der verschiedenen aus Milch, Käse und Yoghurt gewonnenen Stäbchen wurde die Agglutinationsprobe verwendet. Hierbei zeigte sich, daß die Yoghurtbazillen eine besondere Gruppe der Langstäbchen bilden, Repräsentanten derselben finden sich auch in gewöhnlicher Milch. Barthel wendet sich noch gegen die Nomenklatur „Bazillus" bulgaricus, da die Stäbchen keine Sporenbildner sind, komme ihnen die Bezeichnung Bacterium bulgaricum zu.

Thöni und Thaysen isolierten aus fadenziehender Milch einen neuen Mikrokokkus, der diese Eigenschaft besitzt, mit den bisher bekannten aber nicht identisch ist. Sie nennen ihn Micrococcus mucofaciens. Er wächst bei 22 bis 42° C, sein Temperaturoptimum ist 33° C. Nach 25 Tagen verflüssigt er Gelatine und unterscheidet sich hierdurch vom Micrococcus Freudenreichii, der nach 24 Stunden, und dem Coccus lactis viscosi, der nach 72 Stunden Gelatine löst.

Gorini isolierte aus Granakäse einen Milchsäurebazillus, der die Eigenschaft besitzt, Milch schleimig zu machen. Optimaltemperatur in Milch 42 bis 45° C. Bazillen mit abgerundeten Enden, 0·8 μ breit, 7 bis 9 μ lang. Das Fadenziehen tritt in Milch bei 42 bis 45° C nach 6 bis 7 Stunden auf, nach 9 bis 10 Stunden tritt Gerinnung ein. Mit zunehmender Azidität verliert sich die fadenziehende Eigenschaft der Milch. Gorini nennt die Mikrobe Bacillus casei filans.

Fettick (1) fand in einer stark schleimigen Milch Bac. mesentericus fuscus als die Ursache dieser Erscheinung.

Eber untersuchte die Milch und Molkereiprodukte verschiedener Herkunft auf das Vorkommen von Tuberkelbazillen und fand, daß die im eigenen kleinen Wirtschaftsbetriebe erzeugte Milch und Butter nur sehr selten Tuberkelbazillen enthält, während die von der Molkerei gelieferte Milch ebenso wie die Molkereibutter verhältnismäßig oft tuberkelbazillenhaltig befunden wurden. Aus diesem Grunde läßt sich die Forderung bindender Vorschriften über eine genügende Erhitzung der für die Buttererzeugung bestimmten Molkereimilch zur sicheren Abtötung der darin enthaltenen Tuberkelbazillen nicht länger von der Hand weisen.

Zwick und Krage fanden in aseptisch gewonnener Milch von 3 Kühen, die 14 Tage beziehungsweise 6 Monate beziehungsweise 13 Monate vor der Milchuntersuchung abortiert hatten, Abortusbazillen. Weder die Milchdrüse noch die Milch selbst zeigten hierbei pathologische Veränderungen. Bei der Infektion von 2 Ziegen, denen Abortusbazillen durch den Zitzenkanal der einen Euterhälfte injiziert wurden, wurden mit der Milch dieser Tiere 4 beziehungsweise 5 Monate lang Abortusbazillen ausgeschieden, und zwar ausschließlich aus der infizierten Euterhälfte, während die Milch der nichtinfizierten Euterhälfte frei von Abortusbazillen war. Im Blute dieser Tiere waren Agglutinine gegen Abortusbazillen enthalten. In weiteren Versuchen wurden Ziegen Abortusbazillen intravenös und subkutan einverleibt. In der Milch zeigten sich bei zweien der Tiere schon nach 24 Stunden Abortusbazillen, die Ausscheidung hielt mehrere Wochen an, bei einer dritten Ziege traten erst nach 48 Stunden Abortusbazillen auf und waren nur 3 Wochen lang in der Milch nachzuweisen.

Bakterienbekämpfung.

Im Hinblick auf das neue Reichsviehseuchengesetz in Deutschland ist ein Vortrag Nevermanns von Wert, in welchem empfohlen wird, daß die Mitglieder beziehungsweise Lieferanten einer Molkerei sich dem freiwilligen Tuberkulosetilgungsverfahren unterwerfen, weniger um geringer Vorteile halber, die sich für die betreffenden Molkereien ergeben, als vielmehr im Interesse der Tierzucht und im allgemeinen sanitären Interesse.

Barthel und Stenström fanden, daß in den Molken von Sammelmilch, welche mit Milch von Kühen, die an Eutertuberkulose litten, versetzt war, die Tuberkelbazillen bei einer einige Minuten andauernden Erhitzung auf 80° C (sogar schon bei 75°) unschädlich gemacht wurden. Hierbei ist es gleichgültig, ob die Erhitzung mittels direkten Dampfes oder durch Erhitzung im Wasserbade geschieht. Bei kontinuierlicher Erhitzung der Molken im gewöhnlichen Meiereipasteur zeigte sich, daß auch hier eine Temperatur von 80° hinreichend war, um die Tuberkelbazillen unschädlich zu machen. Voraussetzung für eine sichere Wirkung ist natürlich die, daß die Molken vor dem Erhitzen durch ein Haarsieb geseiht werden.

Auerbach beschreibt einen Milchsterilisator. Dieser besteht aus einem Kochkessel mit einem Zuführungsrohr für die rohe und einem Abführungsrohr für die erhitzte Milch, die rohe Milch wird in einem Vorwärmer, dessen Konstruktion auf dem Gegenstromprinzip beruht, auf zirka 8° über die Temperatur der Rohmilch abgekühlt. Für Molkereien kommt der Apparat wegen seiner zu geringen Leistungsfähigkeit nicht in Betracht.

Ströse prüfte den Auerbachschen Milchschnellkocher hinsichtlich seiner Wirkung auf Tuberkelbazillen und fand, daß diese abgetötet wurden. Die sonstigen Angaben Auerbachs über das Funktionieren des Apparates wurden bestätigt.

Milchwirtschaft.

Der Leitfaden Grimmers (2) über Milchwirtschaft ist in erster Linie für Landwirte bestimmt.

Weigmann tritt für die Errichtung einer milchwirtschaftlichen Reichsanstalt ein.

Körfer gibt eine sehr interessante Zusammenstellung der milchwirtschaftlichen Verhältnisse in Ungarn. Nach seinen Mitteilungen beträgt die jährlich erzeugte Milchmenge 3455 Millionen Liter, die Produktionskosten hierfür schwanken zwischen 9·66 und 21·87 Heller.

Hoard bespricht an der Hand der Ergebnisse der Leistungsprüfungen von mehr als 1000 Herden die Vorteile, die dem Milchviehhalter durch gute Haltung seines Milchviehes, Fütterung und rationelle Zucht erwachsen.

Peters tritt für eine Klassifizierung der Kühe als Milchtiere ein. Die jetzige Bewertung der Zahlen der Kontrollvereine muß nach Ansicht von Peters, da sie ein Wettfüttern der Tiere zur Folge haben können, als verwerflich angesehen werden.

Vieth bespricht die Leistungsprüfungsergebnisse der Ziegen einiger Ziegenzuchtvereine.

Schuppli beschreibt eine neue Anhängevorrichtung für Kühe, die sogenannte Grabnerhängkette, die dem Rindvieh größte Bewegungsfreiheit gestattet und die holländische Aufstallung zu ergänzen geeignet ist.

Milchversorgung.

Steng fordert, daß Abmelkwirtschaften von der Kindermilchproduktion auszuschließen sind. Auch die Milch brünstiger Kühe ist als Kindermilch zu verwerfen, da durch deren Verabreichung an Säuglinge bei diesen Dyspepsie hervorgerufen werden kann. Steng vermutet als Ursache davon den Übertritt von Ovariotoxinen in die Milch.

Ford gibt eine anschauliche Schilderung über die Milchversorgung von Baltimore. Auf besonderer Höhe dürfte sie kaum stehen. Der Durchschnittskeimgehalt der Milch in den Jahren 1911 und 1912 betrug 9 Millionen im Kubikzentimeter.

Petersilie gibt eine Übersicht über die Zufuhr von Milch vermittels der Bahn in den 41 Städten Deutschlands mit mehr als 100.000 Einwohnern.

Möller-Lenhertz berichtet über eine Verschlußkappe für Milchflaschen, die den Flaschenverschluß vor Verunreinigungen schützt und, ohne zerstört zu werden, nicht abgenommen werden kann.

Sprinkmeyer empfiehlt, Saugflaschen mit Rohr sofort nach Gebrauch mehrfach mit Wasser auszuspülen, eine gründliche Reinigung mit Sodawasser aber erst kurz vor dem weiteren Gebrauch vorzunehmen.

Analyse.

Bauer (2) hat sich der verdienstvollen Aufgabe unterzogen, die bisher existierenden biologischen Methoden der Milchuntersuchung zusammenfassend zu behandeln. Da eine Anleitung für derartige Untersuchungen bisher nicht existierte, ist das Erscheinen dieses Werkchens doppelt zu begrüßen.

Verdorbene Milch untersucht Vuaflart folgendermaßen: Die geronnene Milch wird durch eine Extraktionshülse von Schleicher und Schüll filtriert, der Rückstand samt der Hülse bei 102 bis 105° getrocknet und 2 Stunden mit Äther extrahiert. Dann wird das noch feuchte Koagulum im Mörser fein zerrieben und weiterhin bis zu 2 Stunden extrahiert. Die Eiweißkörper werden folgendermaßen bestimmt. Das Filtrat wird mit Schwefelsäure + Hg bis zur vollkommenen Klärung erhitzt, dann fügt man das entfettete Koagulum mitsamt der Patrone hinzu und erhitzt weiter bis zur völligen Klärung. Im Durchschnitt vieler Untersuchungen von Milch aus Nordfrankreich fand Vuaflart 3% Fett und 2·9% Eiweiß in der Milch.

Nach Beobachtungen von Hinard schützt Kaliumbichromat in einer Menge von 1 : 1000 bei längerer Aufbewahrung die Milch nicht vor Zersetzungen. Am konstantesten bleibt das Milchfett, während Kasein und Milchzucker in ihrer Menge mehr oder weniger rasch zurückgehen. Innerhalb der ersten 3 bis 6 Wochen sind diese Differenzen beim Milchzucker allerdings sehr gering, während beim Kasein ein Rückgang von zirka 0·5% beobachtet werden konnte.

Entgegen den Befunden anderer Autoren stellte Ostrowski fest, daß die Engel-Turnausche Reaktion tatsächlich einen Schluß auf die Ernährungsart des Säuglings gestattet. Bei 156 Brustkindern fiel die Reaktion nur 6mal negativ aus, bei 78 gemischt ernährten Kindern war die Reaktion 44 mal positiv, 34mal negativ, bei 30 künstlich ernährten Säuglingen kam nur ein positiver Fall vor.

1. Trockensubstanz.

Pfister und Lenze haben für die verschiedenen Fettgehalte und spezifischen Gewichte mit anerkennenswertem Fleiße nach der Fleischmannschen Formel den Trockensubstanzgehalt der Milch berechnet.

Nach Lichtenbelt erhält man die besten Resultate bei der Trockensubstanzbestimmung der Milch, wenn 5 g Milch, mit Sand

vermengt, 2 Stunden auf dem Wasserbade und dann noch $^1/_2$ Stunde im Trockenschranke getrocknet werden.

2. Eiweiß.

De Graaf und Schaap prüften die Steineggersche Methode der Aldehydzahl zur Bestimmung der Eiweißkörper in der Milch mit gutem Erfolge nach. Die Faktoren zur Berechnung des Stickstoff- respektive Eiweißgehaltes sind etwas höhere (0·0777 beziehungsweise 0·495) als bei Steinegger (0·0762 beziehungsweise 0·485).

3. Fett.

Halverson empfiehlt zur Bestimmung von Fett in gesüßten Molkereiprodukten folgende Modifikation der Babcockschen Methode. 18 g der Probe mit 3 cm³ Schwefelsäure schütteln, 5 cm³ Wasser hinzufügen, dann 5 Minuten zentrifugieren, weiterhin 5 cm³ siedendes Wasser und nochmals $^1/_2$ Minute zentrifugieren. Dann wird kaltes Wasser und 8 bis 10 cm³ konzentrierte Schwefelsäure zugegeben, wieder 4 Minuten zentrifugiert und schließlich mit 60%iger Schwefelsäure bei 60 bis 70° aufgefüllt. Nach nochmaligem Zentrifugieren wird das Fett mit siedendem Wasser bis zum Nullpunkt der Skalenröhre getrieben, wieder zentrifugiert und dann endlich der Fettgehalt abgelesen. Diese Methode wird sich wohl kaum Freunde erwerben.

Harding und Parkin empfehlen, zur Fettbestimmung in kondensierter und Trockenmilch 40 g der Probe mit Wasser zu 100 cm³ zu lösen, 4 cm³ der Lösung nach dem Versetzen mit 8 cm³ Essigsäure auf 50° C zu erwärmen und nach vollständiger Lösung 12·5 Tetrachlorkohlenstoff, dann 25 cm³ Alkohol hinzuzufügen. Nach jedem Zusatz ist kräftig zu schütteln, dann werden 25, nach dem Umschütteln noch 15 cm³ Petroläther zugefügt, zentrifugiert, die Petrolätherschicht abgehoben und mit 2 cm³ Petroläther nachgespült. Der Rückstand wird wieder mit 5 cm³ Tetrachlorkohlenstoff und 25 cm³ Petroläther versetzt und zentrifugiert. Die vereinigten Fettlösungen werden eingedampft, getrocknet und gewogen. Gegenüber Gottlieb-Röse erhöhte Werte. Utt begnügt sich mit einer Modifikation der Babcockschen Methode. Zur Bestimmung der Trockensubstanz verfährt der letztere folgendermaßen: 1 g der Probe wird mit 25 cm³ Wasser in einer Aluminiumschale im Wasserbade zur Trockne verdampft und bei 105° getrocknet.

4. Zucker.

Jahnson-Blohm (2) prüfte die Salkowskische Methode der Zuckerbestimmungen im Filtrate der Ammoniumsulfatfällung der Milch nach. Durch die Anwesenheit des Ammoniumsulfats wurde eine Verminderung des Drehungsvermögens beobachtet, die bei einer 5%igen Zuckerlösung einem Fehlbetrage von 0·10% entsprach.

Kretschmer prüfte das von Salkowski angegebene Verfahren zur Milchzuckerbestimmung ebenfalls nach und empfiehlt es. Die von Jahnson-Blohm gefundenen Differenzen konnten nicht beobachtet werden. Weiterhin berichtet Kretschmer, daß auch das Weylsche Verfahren der Enteiweißung mit Azeton (vgl. Sammelreferat für das Jahr 1910) ein zur Polarisation brauchbares Filtrat liefert. Außer bei Kuhmilch kann es auch bei Frauenmilch und Milchpräparaten, z. B. Yoghurt Verwendung finden.

Yagi und Yamamoto bestimmen mit Hilfe der Kumagawa-Sutoschen Methode Rohrzucker und Milchzucker nebeneinander, und zwar bestimmen sie zunächst den Milchzuckergehalt in der gewöhnlichen Art und Weise. Dann wird die das Zuckergemisch enthaltende Lösung invertiert und in der invertierten Lösung nochmals die Reduktionskraft bestimmt. Die Berechnung gestaltet sich folgendermaßen, wenn 40 cm³ der Kupferlösung verwendet wurden:

$$\% \text{ Milchzucker} = 0{\cdot}01775 \,.\, 100;$$

$$\% \text{ Rohrzucker} = (a-b) \,.\, \frac{0{\cdot}0102 \,.\, 100}{a-b}$$

a bedeutet die Menge der vor der Inversion verbrauchten Zuckerlösung in Kubikzentimetern, b die Hälfte der nach der Inversion verbrauchten Kubikzentimeter Zuckerlösung. Zu beachten: 6 Minuten kochen.

v. Fellenberg bedient sich folgender Methode zum Nachweise von Rohrzucker und Milchzucker in kondensierter Milch: 10 g Kondensmilch werden in zirka 50 cm³ Wasser gelöst und im 500 cm³ — Kolben mit 15 cm³ Fehlingscher Kupferlösung und 2·5 cm³ $\frac{n}{1}$ — Na OH versetzt und bis zur Marke mit Wasser aufgefüllt. Vom Filtrate werden 100 cm³ zu 50 cm³ siedender Fehlingscher Lösung gegeben, 6 Minuten zum Sieden erhitzt und aus dem abgeschiedenen Cu_2O in der üblichen Weise der Milchzuckergehalt ermittelt. Von dem erhaltenen Prozentgehalte Milchzucker sind 0·4% abzuziehen. Zur Bestimmung des Rohrzuckers werden 50 cm³ Filtrat mit 1 cm³ $\frac{n}{1}$ H Cl 30 Minuten im siedenden Wasserbade gehalten, dann mit 1 cm³ $\frac{n}{1}$ Na OH neutralisiert, auf 200 cm³ aufgefüllt und 50 cm³ davon mit 50 cm³ Fehlingscher Lösung erhitzt. Die abgeschiedene Cu_2O-Menge wird auf Invertzucker berechnet. Von dem erhaltenen Werte wird die auf Invertzucker umgerechnete Milchzuckermenge in Abzug gebracht (Division der Milchzuckermenge durch 1·4). Die mit 0·95 multiplizierte Differenz ergibt den Rohrzucker.

5. Verwässerung und Zusätze.

Kapeller stellte Milchseren nach der Methode von Pfyl und Turnau her und unterwarf sie einer eingehenden Untersuchung.

Beim Vergleiche mit Chlorkalziumserum ergab sich, daß den Tetraseren unbedingt der Wert größerer Genauigkeit und Wissenschaftlichkeit zukommt und daß sie eine umfangreichere Verwendung gestatten, Chlorkalziumserum hat den Vorteil der bequemeren Herstellungsweise für sich. Die Refraktionswerte für das Serum von Wintermilch waren höhere als die für Sommermilch.

Forschner fand, daß im Chlorkalziumserum die für die Refraktion und Polarisation gefundenen Werte annähernd parallel miteinander laufen. Der ersteren ist jedoch der größere Wert beizumessen, da sie der Ausdruck für sämtliche gelösten Serumbestandteile sind, während die Polarisation lediglich den optisch-aktiven Substanzen, also in erster Linie vom Milchzucker bedingt wird.

Jona (2) empfiehlt wieder die Oxydationszahl der Milch zum Nachweise einer Verwässerung derselben. Als Oxydationszahl bezeichnet er die Anzahl $cm^3 \frac{n}{10}$ K Mn O_4, die zur Oxydation von 1 cm^3 Milch nötig sind. Normale Milch hat eine Oxydationszahl von 50 bis 52.

Ebren macht auf eine neue Art der Verfälschung von Milch aufmerksam, die in Algier mehrfach beobachtet wurde. Milch wird mit Wasser verfälscht und zum Ausgleiche der entstandenen Differenz in der Zusammensetzung kondensierte Milch hinzugefügt. Ein nicht ganz billiges Verfahren.

Richardson und Walton bestimmen Borsäure in Milch und Rahm, indem sie 50 cm^3 Milch oder 10 cm^3 mit 40 cm^3 Wasser verdünnten Rahm mit 5 cm^3 einer 5%igen Cu SO_4-Lösung kurze Zeit erhitzen und filtrieren. Im Filtrate wird die Borsäure unter Verwendung von Glyzerin mit $\frac{n}{10}$ Na OH titriert. Der Filterrückstand kann zur Fettbestimmung mit Petroläther extrahiert werden.

6. Gesundheit, Sauberkeit und Frische.

Philippe gibt folgende Vorschrift zum Nachweise von Wasserstoffsuperoxyd in Milch an: 10 cm^3 Milch werden mit 3 Tropfen Vanadinsäurelösung und 0·5 cm^3 verdünnter Schwefelsäure versetzt. Bei Gegenwart von H_2O_2 entsteht sofort eine Rotfärbung.

Fettick (2) fand in einer Milchprobe zahlreiche Fliegenlarven. Es handelte sich aller Wahrscheinlichkeit nach um Larven von Drosophila oder einer verwandten Art. Fettick nimmt an, daß sie durch Wasser in die Milch gelangt sind, und weist auf die Gefährlichkeit solcher Milch hin, da Fliegen sehr leicht Infektionskrankheiten zu verbreiten imstande sind.

Parastschuk glaubt ein einfaches Hilfsmittel gefunden zu haben, um die Qualität einer Milch zu erkennen. Er impft sie nach dem Sterilisieren mit verschiedenen Milchsäurebakterien und beobachtet deren Wachstum. In guter Milch wachsen vorzugsweise „dänische" Streptokokken und Günthersche und Jaroslawer Diplokokken. Bac. bulgaricus wächst nur langsam, ebenso russische

Streptokokken. Je schlechter die Milch ist, um so mehr treten diese in den Vordergrund. Bruttemperatur 32 bis 36° C.

7. Nachweis der Erhitzung.

Drost stellte Versuche an, die bezweckten, festzustellen, ob Milch, die innerhalb 1 Minute auf verschieden hohe Temperaturen erhitzt wurde, noch die Reaktionen der rohen Milch gibt. Er fand, daß Proben, die in 23 bis 28 Sekunden auf 78·5° erhitzt worden waren, sowohl mit Guajaktinktur wie mit Paraphenylendiamin reagierten. Dies wurde auch beim Erhitzen auf 79° und in einigen Fällen auch beim Erhitzen auf 80° beobachtet. Bei Temperaturen über 80° konnte niemals eine Blaufärbung beobachtet werden.

Milch als Nahrung.

Laqueur bestimmte die Ausnutzung der Milch bei Kaninchen in den Sommermonaten zu 88·5%, im Winter dagegen zu 95%.

Coit resumiert die bisher gemachten Erfahrungen über die Wirkungen der erhitzten Milch dahin, daß Milch derselben Tierart durch Erhitzen an Nährwert nicht verliert, während bei artfremder Milch die gekochte Milch zuträglicher ist als rohe. Die Differenzen sind allerdings nur geringgradig.

Nach Untersuchungen von Allaria (2) besitzt die Milch ein großes Fixationsvermögen für Salzsäure. Speichel begünstigt die Fixation, während Labung der Milch ihr Salzsäurebindungsvermögen in ungünstigem Sinne beeinflußt. Das Fehlen freier Salzsäure bei der Milchverdauung bei Säuglingen wird durch das Fixationsvermögen erklärt.

Davidsohn (2) stellte Untersuchungen über die Beeinflussung der Aktivität der Verdauungsfermente durch Kuh- und Frauenmilchmolke an. Er fand, daß bei der Verabreichung von Frauenmilchmolke die Magenverdauung viel energischer abläuft als bei der Verabreichung von Kuhmilchmolke. Der hemmende Einfluß der letzteren kann aber anscheinend, wenigstens was die Labgerinnung betrifft, durch Verdünnung der Milch ausgeglichen werden.

Schwarz und Baß stellten mit einem mit Osteogenesis imperfecta behafteten Säugling einen Stoffwechselversuch mit Frauenmilch an. Bei sämtlichen Mineralstoffen, auch bei CaO und P_2O_5, fand Retention statt.

Hess erklärt die im Stuhle von Kuhmilchkindern auftretenden „Kaseinbröckel" damit, daß sie im Magen zu besonders fest geformten Gerinnseln gebildet wurden, die den Verdauungssäften einen besonders großen Widerstand entgegensetzten. Dafür spricht der Umstand, daß sie nur oberflächlich mit Gallenfarbstoff bedeckt sind, sowie die Erscheinung, daß sie niemals auftraten, sobald einem Säugling die Milch direkt ins Duodenum eingeführt wurde, während sie sofort auftraten, wenn dasselbe Kind durch die Flasche ernährt wurde. Die Kaseinbröckel haben keine pathologische Be-

deutung, immerhin hält es Heß für zweckmäßig, wenn man ihre Bildung durch Verabreichung pasteurisierter Milch vermiede.

Mensi bestimmte den Energiequotienten an 13 Säuglingen, von denen 8 natürlich und 5 künstlich ernährt worden waren. Er fand bei beiden Arten der Ernährung, vorausgesetzt, daß es sich um voll ausgetragene Kinder handelt, einen Kalorienbedarf von 100 bis 120 Kalorien. Bei nicht ausgetragenen Säuglingen konnte das Rubnersche Gesetz, nach welchem der Kalorienbedarf proportional der Körperoberfläche ist, nicht bestätigt werden, da auch hier der Energiequotient dem des ausgetragenen Säuglings entsprach.

Sauermilch.

Metschnikoff und Wollmann verfolgten die bei verschiedener Fütterung auftretenden Mengen von Indol und Phenol im Harne von Ratten. Unter den tierischen Nahrungsmitteln gibt Käse die geringste Menge dieser Fäulnissubstanzen. Auch durch Sauermilchpräparate (saure Milch, Yoghurt) wurde die Indol- und Phenolmenge erheblich herabgesetzt.

Clock singt dem Bac. bulgaricus ein Loblied. Er empfiehlt indessen nicht die Verabreichung von Yoghurt an Säuglinge, sondern Reinkulturen der Bakterien, die mit Milchzucker zu Tabletten geformt werden. Von diesen wird je eine nach jeder Mahlzeit in Wasser gelöst verabreicht. Auch bei sehr schweren Fällen von Verdauungsstörungen mit toxischen Symptomen trat bereits nach 24 Stunden eine wesentliche Besserung ein. Bei den Präparaten ist darauf zu achten, daß darin der Bac. bulgaricus reichlich auftritt, solche, bei denen der Bac. paralacticus vorherrscht, haben nicht die gewünschte Wirkung.

Gabathuler tritt für eine ständige bakteriologische Kontrolle der Yoghurtpräparate ein, die nach ihm keinesfalls Hefen enthalten dürfen. Gabathuler führt die Untersuchung folgendermaßen aus: 10 bis 15 cm^3 Yoghurt werden mit 5 bis 10 cm^3 Wasser so weit erwärmt, bis Molke sich deutlich abscheidet. Dann wird filtriert, das Filtrat nach dem Abkühlen mit 5 cm^3 Äther entfettet und in Trommsdorffschen Röhrchen zentrifugiert. Im Sedimente findet sich dann die Bakterienflora ohne Beimengung von Kasein usw. Von diesem wird ein Tuschepräparat angefertigt. Da öfter die Tusche Hefezellen enthält, schlägt Gabathuler vor, anstatt mit reinem Wasser, mit einer wässerigen Lösung von Methylenblau, Gentianaviolett und Pikrinsäure zu kochen. Die aus dem Yoghurt stammenden Mikroorganismen erscheinen dann gefärbt, während aus der Tusche stammende Zellen weiß erscheinen.

Hohenadel bricht nochmals eine Lanze für die Yoghurttrockenpräparate. Er gibt zu, daß flüssige Kulturen sich vor den Trockenkulturen durch eine raschere Wirksamkeit auszeichnen, anderseits besitzen die Trockenpräparate vor den ersteren den Vorzug einer ganz bedeutenden Haltbarkeit. Bac. bulgaricus soll sich jahrelang in den Trockenpräparaten in lebensfähigem Zustande erhalten.

Andere Milchpräparate.

Außet spricht sich ganz energisch gegen die Verwendung von kondensierter Milch als Säuglingsnahrung aus.

Kühl (1) gibt eine recht instruktive Zusammenstellung der Zusammensetzung der verschiedenen Trockenmilchpräparate.

Goy untersuchte verschiedene Milchpulver amerikanischer Herkunft. Der Umstand, daß sie sich nicht mit warmem Wasser behandeln ließen, ohne daß Fetttropfen in größerer Zahl sich abschieden, spricht dafür, daß die Pulver bereits weitgehend zersetzt waren.

Aviragnet, Dorlencourt und Bloch verglichen die tryptische Verdauung von Trockenmilch mit der von roher Milch und stellten fest, daß hinsichtlich der Schnelligkeit der Verdauung keine Unterschiede bestehen, wohl aber, daß der Abbau der Trockenmilch ein vollständigerer war als der der rohen Milch. Es zeigt sich also auch hier die mehrfach gemachte Beobachtung, daß denaturierte Eiweißkörper der Verdauung in höherem Maße zugänglich sind als native.

Comby erblickt in der Trockenmilch ein sehr einfaches und bequemes Mittel zur Ernährung gesunder und kranker Kinder. Die Milch muß von gesunden Tieren stammen. Auch Aviragnet Block-Michel und Dorlencourt empfehlen zur Ernährung normaler und dyspeptischer Säuglinge die Verwendung von Trockenmilch. Bei länger dauernder Ernährung damit empfiehlt sich die gleichzeitige Verabreichung von Apfelsinen- oder Zitronensaft. Das Auftreten Barlowscher Krankheit wurde hierbei nicht beobachtet. Variot, Lavialle, Zuber und Sédillot halten die Hatmakersche Trockenmilch für durchaus ungenügend zur Säuglingsernährung.

Friedlander und Greenebaum beschreiben zwei Fälle chronischer Ernährungsstörungen bei einem 8 Monate und einem 1 Jahr alten Kinde, welche durch Verabreichung der Finkelsteinschen Eiweißmilch in ihrem Allgemeinbefinden ganz erheblich gebessert werden konnten. Ein gasbildender Bazillus, Bac. aerogenes capsulatus, der vorher in den Fäzes gefunden wurde, verschwand nach der Eiweißmilchperiode.

Hoobler berichtet über Stoffwechselversuche, die er bei ernährungsgestörten Säuglingen mit Eiweißmilch ausführte. Der große Wert der Eiweißmilch liegt nach seinen Untersuchungen darin, daß die erhöhte Eiweißzufuhr trotz der ungenügenden Kalorienzahl und trotz der erfolgenden Gewichtsabnahme einen Stickstoffansatz bewirkt, der indessen nicht so groß ist, daß er schädlich wirken könnte. Infolge der Eiweißmilchernährung sinkt die Azidität der Stühle, ihr Gehalt an flüchtigen Säuren und Fettsäuren, während der Seifengehalt steigt.

Neuere Untersuchungen von Heim und John über die Ernährung der Säuglinge mit einer an Fett und Kasein angereicherten Kuhmilch ergaben wiederum, daß diese als Dauernahrung sehr geeignet ist und vor allem vor Dyspepsien schützt. Auch als Heilmittel

bei chronischen Dyspepsien leistet sie vorzügliche Dienste. Ribadeau-Dumas hat ebenso wie andere französiche Autoren keine günstigen Erfahrungen mit Eiweißmilch gemacht.

Stoeltzner hat ein Kaseinkalziumpräparat hergestellt, das unter dem Namen Larosan von der Firma Laroche in Grenzach (Baden) im großen fabriziert wird. Es soll als Ersatz für die Finkelsteinsche Eiweißmilch dienen. Auf ½ l Milch werden 20 g Larosan genommen und nach dem Kochen und Seihen der Masse diese mit der gleichen Menge Wasser, Schleim oder Mehlabkochung versetzt. Nachdem die Stühle fester geworden sind, kann ein Zuckerzusatz erfolgen (1 bis 5% Nährzucker, Rohrzucker wird nicht immer gut vertragen). Indikationen dieselben wie bei Eiweißmilch.

Forcart empfiehlt das Larosan als Ersatz für die Finkelsteinsche Eiweißmilch. Je nach den Umständen kann die Larosanmenge modifiziert werden. Die mitgeteilten Krankengeschichten ergaben, daß die Wirkung eine der Eiweißmilch ganz ähnliche ist.

Auch Engel (2) empfiehlt einen Ersatz für die Eiweißmilch. Die Darstellung seines Präparates ist außerordentlich einfach. Milch wird aufgekocht und auf 40 bis 42° abgekühlt. Dann wird eine in lauwarmem Wasser suspendierte Labtablette hinzugefügt, eine halbe Stunde im Zimmer stehen gelassen und dann wieder auf 40 bis 42° erwärmt. In der Regel zeigt sich dann eine sehr feinflockige Gerinnung, wenn nicht, ist das Gemisch noch eine Viertelstunde stehen zu lassen. Dann wird das gleiche Volumen Wasser zu der Mischung gefügt und nach dem Absitzen ebensoviel wieder abgegossen. Geschmack wie Vollmilch. Analysen:

	Eiweiß	Fett	Zucker	Asche	Kalk
	in Prozenten				
Eiweißmilch (n. Pelka[1]) . . .	2·8—3·2	2·0—2·5	1·2—1·6	0·45—0·5	0·0927
Neues Präparat.	2·7—3·1	2·1—3·4	3·0	0·46	0·14

Bywaters und Short fanden, daß bei der Rektalernährung von Milch, die nur kurze Zeit (20 bis 30 Minuten) peptonisiert war, kaum eine Resorption erzielt wurde. Eine solche trat erst ein, wenn die Milch 24 Stunden lang mit Pankreatin verdaut worden war. Dextrose wurde besser als Laktose resorbiert. Als Nährklystier wird demnach 24 Stunden lang mit Pankreas verdaute Milch mit einem Zusatze von 5% Traubenzucker empfohlen.

[1]) Pelka cf. Bericht über die Arbeiten im Jahre 1911.

Burri beschreibt ein neues Getränk aus Molke: Molkenlimonade. Zwei von ihm untersuchte Limonaden, von denen die eine (I) aus Emmentalerkäse-Molke, die andere (II) aus Yoghurtkäse-Molke hergestellt worden war, hatten nach Entfernung der Kohlensäure folgende Zusammensetzung:

	Azidität	Eiweiß	Rohrzucker	Milchzucker	Asche	In der Asche	
						Kalk	Phosphorsäure
	in Prozenten						
I .	18·2	0·2	5·8	3·29	0·47	10·5	18·8
II .	28·6	0·2	5·9	1·37	0·64	23·79	15·52

Die Molkenlimonade ist bei kühler Aufbewahrung mehrere Wochen haltbar, die in Flaschen unter Kohlensäuredruck pasteurisierte Molke soll fast unbegrenzte Haltbarkeit haben.

Milch als Krankheitsträger und Krankheitsursache.

Winslow stellt sich auf den Standpunkt, daß der Genuß roher Milch überhaupt, auch von „certified Milk" stets für den Säugling gefährlich ist, da hierbei nur die gröbsten Infektionsmöglichkeiten für die Milch ausgeschaltet werden. Die aus dem Euter, der Scheide und dem Darme des Tieres herrührenden Infektionen sowie die, welche bei der Weiterbehandlung der Milch möglich sind (Wasser, Milchgeschirr), lassen sich angeblich niemals vermeiden. In Ställen, aus denen Vorzugsmilch geliefert wurde, konnten mehrfach tuberkulöse Tiere festgestellt werden. Winslow fordert nach wie vor das Pasteurisieren der Milch mit nachfolgender Kühlung. Am besten erfolgt die Pasteurisierung in Flaschen. Selbstverständlich muß auch hier besonders saubere Gerinnung der Milch gefordert werden.

Neuhaus und Schaub konnten bei einem gesunden Brustkinde, das jedoch eine hochgradige Kuhmilchidiosynkrasie besaß, einen ganz analogen Anfall durch die Verabreichung von Kuhkasein hervorrufen, während Molke sowie später verabreichtes Kuh- und Ziegenmilchkasein keine Reaktion bewirkten. Sie sind geneigt, die Kuhidiosynkrasie als eine anaphylaktische Erscheinung aufzufassen.

Lust berichtet über zwei Fälle von Spasmus glottidis, die als Symptome der Kuhmilchanaphylaxie gedeutet werden.

Cordier kann in Anbetracht der großen Seltenheit des Auftretens von Säuglingsskorbut in Belgien weder der sterilisierten Milch noch den Milchpräparaten die Schuld an diesen Erkrankungen zumessen.

Hamburger berichtet über eine Rachenentzündung, die durch Streptokokken hervorgerufen wurde und nach dem Genusse von Rohmilch aus einer ganz bestimmten auftrat. Capps und Miller machen genauere Angaben über dieses epidemische Auftreten einer Hals- und Rachenentzündung, die zum größten Teile, in 539 von 622 Fällen = 87%, die Abnehmer der Milch aus einer bestimmten Quelle befiel. Daselbst waren mehrere Kühe an Mastitis erkrankt. Davis zeigte, daß diese Erkrankung durch einen Streptokokkus verursacht wurde, der tierpathogen war und auch bei einer an Mastitis erkrankten Kuh auftrat. Er steht dem Streptococcus pyogenes sehr nahe.

Chalmers berichtet über einen Fall, in dem die Milch unzweifelhaft als Scharlachüberträger fungierte. Die Kinder eines Stallbesitzers waren an Scharlach erkrankt und ins Krankenhaus eingeliefert worden. Bald nach ihrer Heimkehr traten in 11 Familien, die von dem Stallbesitzer ihre Milch bezogen, Scharlacherkrankungen auf.

Gruber schildert das Auftreten von Typhusfällen in München, die zuletzt in einwandfreier Weise dahin gedeutet werden konnten, daß die Ursache hierzu eine in einer Meierei beschäftigte Person war, die angeblich niemals an Typhus erkrankt war, sich aber als Typhusbazillenträgerin entpuppte.

Nach Untersuchungen von Sawazaki ist die Milch von Kakkekranken imstande, bei der Injektion an Hühnern paralytische Krankheitserscheinungen hervorzurufen, deren Symptome denen der Kakkekrankheit ähneln.

Uhlenhut und Mulzer konnten durch Verimpfung von Milch und Kolostrum syphilitischer Frauen, auch von symptomlosen (Wassermannsche Reaktion positiv) auf Kaninchen (Hoden) syphilitische Affektionen hervorrufen und zum Teil auch das Auftreten von Spirochäten beobachten, wenn solche auch in dem verimpften Material fehlten. Durch sauren Magensaft wurden die Spirillen sehr schnell abgetötet, immerhin kann die Infektionsmöglichkeit der Säuglinge durch die Milch syphilitischer Frauen (Ammen) nicht außer Betracht gelassen werden.

Berichte.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin.

Bericht, erstattet von **L. F. Meyer.**

Außerordentliche Sitzung am 11. November 1912.

Langstein: *„Ein Fall von Hemiplegie im frühesten Kindesalter."*

Demonstration eines 1½jährigen Kindes, das vor einigen Monaten während ärztlicher Beobachtung eine komplette rechtsseitige Hemiplegie infolge Gehirnembolie erlitten hatte.

Das Grundleiden bestand in einer schweren Herzaffektion (Myodegeneratio cordis mit hochgradiger Dilatation), deren Reparation eine vollständige ist. Die Herzaffektion entstand auf infektiöser Basis (schwere Influenza, welche sämtliche Familienmitglieder befiel). Die physikalische Untersuchung des Herzens, insbesondere die Röntgenbilder wie auch der ganze Verlauf ließen es unentschieden, ob nicht eine idiopathische Herzhypertrophie vorlag.

Bezüglich des Zustandekommens der Hemiplegie ist bemerkenswert, daß es sich um einen relativ seltenen Fall von Hirnembolie handelt. Unmittelbar nach dem Eintritt der Embolie komplette Lähmung des rechten Facialis, Armes und Beines. Keine Krämpfe, hingegen ganz enorme Schmerzhaftigkeit der linken Kopfhälfte, die erst nach 2 mal 24 Stunden wich. Die Prognose mußte zunächst mit Rücksicht auf die schwere Herzaffektion ungünstig gestellt werden. Unter geeigneter diätetischer, medikamentöser und physikalischer Therapie gingen jedoch sämtliche Erscheinungen zurück, so daß das Kind heute als fast geheilt gezeigt werden kann. Es bestehen lediglich noch leichte Spasmen, insbesondere im Arm, weniger im Bein. Die Prognose ist hier in bezug auf vollständige Restitution ebenso wie in bezug auf eine eventuell später sich einstellende Epilepsie zu stellen. Als Zeichen vorhandener Neuropathie besteht ein hochgradiges Fazialisphänomen.

Bahrdt: *„Chronische Bronchopneumonie mit Bronchiektasien beim Säugling."*

Demonstration eines Falles mit rechtsseitiger Oberlappenpneumonie, die ein halbes Jahr bestand, zu schwerer Atrophie, Bronchiektasien, Trommelschlägerfingern, kachektischer Spontanfraktur eines Oberschenkelepikondylus führte und schließlich doch ausheilte. Nach einem Jahr nur noch geringe Schallverkürzung.

Bahrdt: *„Geburtstrauma. Hämatomyelie?"*

Demonstration eines Neugeborenen mit spastischer Diplegie der Beine, das nach 36stündiger Geburt in Fußlage extrahiert wurde. Die Arme wiesen weder Lähmung noch Starre auf. Vorübergehend Krämpfe. Es wird die Differentialdiagnose zwischen angeborener Gliederstarre, traumatischer zerebraler Diplegie und Hämatomyelie besprochen. Letztere ist bei Extraktionen am Fuß eine Ursache typischer, aber gewöhnlich schlaffer Geburtslähmungen der Beine (Gött. Lawatschek). Vortragender hält es für möglich, daß in diesem Falle eine nicht sehr ausgedehnte Zerreißung oder Blutung zwischen Hals- und Lendenmark vorliegt.

Diskussion: Heubner spricht seine Zweifel an der Diagnose Hämatomyelie aus. Vor allem wegen der spastischen Form der Lähmungen.

Schwalbe deutet das Krankheitsbild als Littlesche Krankheit.

Thomas: 1. *„Kurze Mitteilung über eine neue Färbemethode."*

a) Gewebestück fixieren in 10% Formol.
b) Einbetten in Paraffin.
c) Schnitte 1 h in Brunnenwasser stellen.
d) Kurzes Abspülen in destilliertem Wasser.
e) Färben im Brutschrank 6 h in Giemsalösung (Grübler verdünnt 1 : 30, Schnitte dunkelblau, ohne rötliche Nuance.
f) Abspülen in destilliertem Wasser.
g) Differenzierung und Nachfärbung mittels Säurefuchsin-Pikrinsäure-Gemisch, wie es für van Gieson färbung benutzt wird.
h) Abspülen mit destilliertem Wasser.
i) Entwässern mit abs. Alkohol, Xylol Balsam.

Resultat: Protoplasma grün, ebenso rote Blutkörperchen. Zellkerne schwarz, mit sehr distinkter Kernstruktur; das Protoplasma ist erfüllt von feinen, roten Granulis, Retikulum außerordentlich scharf vortretend.

Die Färbung gibt ebenso viele Details wie die Heidenhainsche Hämatoxylinfärbung, diese aber in verschiedener Färbung.

2. „*Ein Fall von vorzeitiger Körperentwicklung.*"

10½ Monate alter Junge aus Familie von großen Menschen, in welcher keine besonderen Krankheiten vorgekommen sind. Geburtsgewicht 4 kg. Schon bei seinem Eintritt in das Kaiserin-Auguste-Victoria-Haus im Alter von 6½ Monaten wies das Kind eine Länge von 70 cm auf. Breitendurchmesser des Schädels vergrößert Längen-Breiten-Index 95. Die große Fontanelle war geschlossen, die Koronarnähte durch breite wulstige Auflagerungen markiert. Mongoloide Stellung der Augen. Epikanthus. Extremitäten lang, ausgesprochene unproportionierte Länge der Hände und Füße. Handwurzel wies bereits den erst im 3. Lebensjahre auftretenden Kern des Os triquetrum auf, außer den Kernen des Os capitatum und Os hamatum. In der Fußwurzel zunächst die in ihrer künftigen Form schon deutlich hervortretenden Kerne des Talus und Calcaneus sowie des Cuboideum und Cuneiforme III. Der Mittelpunkt des Körpers lag mit 6½ Monaten schon weit unter dem Nabel. Das Blutbild zeigte eine deutliche Verschiebung zuungunsten der Lymphozyten. Druck und Lumbalflüssigkeit erhöht, 40 cm Wasser, keine Globulinreaktion, spärliche Lymphozyten.

Während der nächsten Monate leichter Strabismus convergens und horizontaler Nystagmus. Augenhintergrund normal. In der Fußwurzel trat mit 8½ Monaten der Kern des Os cuboideum I hinzu. Psychiatrisch: eine leichte Imbezillität. (Genauere Beschreibung des Falles mit Abbildung in der Arbeit „Über riesenwuchsähnliche Zustände im Kindesalter", Zeitschr. f. Kinderheilk., 1912.)

Bezüglich der Diagnose wurde Akromegalie ausgeschlossen (normaler Augenhintergrund, Fehlen von Verdickungen des Periosts und der Weichteile an den distalen Enden; Unmöglichkeit zu entscheiden, ob die Vergrößerung der Hände und Füße nicht nur vorübergehend ist). Zweifellos handelt es sich um vorzeitiges Wachstum im Verein mit gewissen degenerativen Kennzeichen (große Ohren, mongoloide Stellung der Augen, gewisse Imbezillität).

Heller: „*Über das Schicksal zweier Frühgeburten von 800 g.*"

Demonstration zweier Frühgeburten, die seit dem ersten Lebenstage unter ständiger Beobachtung stehen.

G. S., Mädchen, Aufnahmegewicht 860 g. Länge 32 cm. Außerdem o. B., während seines 9monatigen Aufenthaltes im Hause recht befriedigende Entwicklung. Bei der Entlassung Gewicht 3720 g. Länge 56 cm. Fontanelle geschlossen. Keinerlei Anzeichen von Rachitis; Anämie; leichte Spasmen der Addukt. beider Unterschenkel. Fazialisphänomen.

Weitere Entwicklung: Zähne und Sprechen 1½ Jahre. Stehen: 2 Jahre.

Status praesens: Gewicht fast 10 kg. Länge 77 cm. Graziles Kind von lebhaftem Wesen, gutem Ernährungszustand und gesundem Aussehen. Muskeln fest, Knochenbau zart. Intelligenz intakt. Kopf mit 45 cm Umfang klein. Innere Organe ohne Befund. Spastische Lähmung beider Beine. Anzeichen neuropathischer Konstitution. Blutbefund normal.

W. M., Knabe. Aufnahmegewicht 840 g. Länge 34·5 cm, stammt von alten Eltern; anfängliche Entwicklung ebenfalls gut; regelmäßige

Gewichtszunahme. Ende des zweiten Monats wird der Hinterschädel weich; chronischer Schnupfen (wiederholte Wassermannsche Reaktion negativ); vor 3 Wochen starker dyspnoischer Anfall mit erheblicher Zyanose.

Status praesens: Alter $5^1/_2$ Monate. Gewicht 3040 g. Länge 48 cm. Lebhaftes gut proportioniertes Kind, in gutem Ernährungszustand. Muskulatur fest, Knochen nicht rachitisch; Kopf asymmetrisch, Hydrozephalus leichten Grades, Exophthalmus, chronischer Schnupfen, erhebliche Blässe der Haut (3,220.000 Erythra, 50% Hgbl. nach Sahli). Leichte Dyspnoe mit beträchtlichen Einziehungen des Thorax. Innere Organe ohne Befund.

Diese beiden Beobachtungen lassen natürlich keine allgemeinen Schlußfolgerungen zu; immerhin dürfte bei der Prognosestellung solcher kleinster Frühgeburten eine gewisse Vorsicht am Platze sein, auch wenn die Kinder sich anfangs befriedigend entwickeln.

Diskussion: L. F. Meyer betont die enorme Leistung Frühgeborener. Ein von ihm beobachteter Fall hatte ein noch niedrigeres Anfangsgewicht als der eben vorgestellte: 750 g. Am Ende des ersten Lebensjahres wog er 6 kg, hatte sein Gewicht also im Laufe eines Jahres verachtfacht. Bereits im 2. Jahre war der Vorsprung des Normalkindes eingeholt. Auch bei weiterer Beobachtung, die jetzt schon 7 Jahre währt, außer einer gewissen Neuropathie (Enuresis, Wegbleiben) nichts Abnormes. Sehr auffallend waren in diesem Falle die lange Dauer des Ikterus und der sich ungefähr im 5. bis 6. Monat ausbildende starke Hydrozephalus, der den Verdacht einer Idiotie nahelegte. Der Hydrozephalus, der sich bekanntlich besonders häufig bei Frühgeburten entwickelt, bildete sich nach einiger Zeit spontan zurück.

Nöggerath geht näher auf das Vorkommen des Hydrozephalus bei Frühgeburten ein.

Heller hat die Persistenz des Ikterus bei Frühgeburten bis zu einem halben Jahre beobachtet.

Bamberg: *„Demonstration eines Falles von angeborener Knochenbrüchigkeit."*

Das jetzt $2^1/_2$ Jahre alte Kind hat stehen gelernt und macht schon Gehbewegungen. Frakturen sind seit einem Jahre nicht mehr eingetreten. Der Kopf, der ein häutiger Sack war, ist fest geworden, die Fontanelle ist geschlossen. Die Röntgenbilder erweisen den Heilungsverlauf. Sie zeigen in der Heilungsperiode eine deutliche Kortikalis und Spongiosa, Brüche und Kallusschatten sind nicht sichtbar.

Therapeutisch werden große Dosen von Phosphorlebertran sowie Freiluft- und Sonnenbehandlung anempfohlen, da jegliche andere Therapie, auch mit einem Organ mit innerer Sekretion, zu keiner Besserung geführt haben.

Zahlreiche Stoffwechseluntersuchungen haben auch im floriden Stadium positive Kalkbilanzen ergeben.

Reiche: *„Demonstration eines Falles von schwerer Verdauungsinsuffizienz."*

Es handelt sich um ein 2 Jahre altes, hochgradig neuropathisches Kind, das von verhältnismäßig alten Eltern stammt und das seit der 6. Lebenswoche dauernd unter ärztlicher Aufsicht steht. Die Verdauungsorgane versagten bei den fett- und kohlehydratreichen Nahrungsgemischen vollkommen, obwohl eine Ernährungsstörung nie vorgelegen hat. Interessant ist der Fall besonders dadurch, daß er beweist, daß eine schwere Verdauungsinsuffizienz, wie sie Heubner bei Kindern jenseits des 1. Lebensjahres beschreibt, schon im frühesten Säuglingsalter einsetzen kann.

Diskussion: Cassel kann der Diagnose einer Verdauungsinsuffizienz nicht zustimmen. Er möchte die vorgebrachte Krankengeschichte als Typus vieler ernährungsgestörter Großstadtkinder aus niedersten Kreisen ansprechen, besonders wenn im 1. Lebensjahre schwere Fehler gegen die Ernährungstechnik begangen werden.

Rott weist darauf hin, daß Fehler in der Ernährung im vorliegenden Falle nicht nachweisbar waren.

Langstein betont die ekzeptionelle Stellung des Krankheitsbildes. Bei ausgezeichneter Pflege traten stets Rezidive ein, sobald von der eiweißreichen und molkenarmen Ernährung abgegangen wurde. In gleicher Weise bestand die Toleranzschwäche gegen Kohlehydrat und Fett. Man muß deshalb von einer schweren Verdauungsinsuffizienz, vielleicht auf neurotischer Basis sprechen.

Putzig: *„Pylorussondierung bei Pylorospasmus."*

Vorstellung eines Falles von Pylorospasmus, bei dem nach verschiedenen therapeutischen Maßnahmen die Pylorussondierung nach Hess angewendet wurde mit dem Erfolg, daß das Kind in 24 Tagen 720 g zunahm. Beweisend für das Erreichen des Duodenums sind die Aspiration von zähem alkalischem Schleim und die Röntgenaufnahmen, die Vortr. zeigt. Putzig empfiehlt die Methode als gefahrloses und Erfolg versprechendes Mittel bei der Behandlung des Pylorospasmus.

Diskussion: Nöggerath hat sich von der Leichtigkeit der Sondierung des öfteren überzeugt; er warnt im Beginn der Sondenernährung vor der Verabreichung zu großer Nahrungsmengen wegen der Gefahr einer Toleranzüberschreitung.

Schmoller hat sich der Methode in einem Falle zunächst ohne Schwierigkeit und mit Erfolg bedient. Im Laufe der Behandlung gelang ihm aber aus nicht ersichtlichen Gründen mit einem Male die Sondierung nicht mehr. Die Genesung war inzwischen so weit fortgeschritten, daß die Heilung nun ohne besondere Maßnahmen eintrat.

Heydolph: *„Mastitis und Stillung."*

H. bespricht das im Kaiserin-Auguste-Victoria-Haus geltende Prinzip, bei Mastitis weiter zu stillen. Das Erscheinen von Eiter in der Milch bildet keine Kontraindikation. Schädigungen im Wohlbefinden der Kinder wurden dadurch nicht beobachtet. Milchmengen sind trotz der Inzision reichlich. Der Verband wird so angelegt, daß die Stillung keine Unterbrechung erfährt.

Demonstration von Kurven.

Ordentliche Sitzung am 25. November 1912.

Oswald Meyer: *„Beitrag zur Entstehung und Verhütung der Hirschsprungschen Krankheit."*

Ein bis ¾ Jahren mit Backhausmilch ernährtes, scheinbar gesundes Kind erkrankt plötzlich mit Stuhlverhaltung, Erbrechen, allgemeinen Krankheitserscheinungen. Von ärztlicher Seite wird ihm eine Mehlkost verschrieben, nach 14tägiger Mehlkost toxische Störung unter gleichzeitiger Manifestation einer Spasmophilie. Besserung des Allgemeinzustandes, aber Auftreten eines wahrscheinlich auf spasmophiler Basis im Sinne der Ibrahimschen Tetanie) der Sphinkteren beruhenden Dauerspasmus der Flexura sigmoidea. Nachweis im Röntgenbilde. Die Spasmen führten zu Verstopfung, Gasauftreibung des Leibes, erhöhter Peristaltik, schmerzhaften Krampfanfällen im Abdomen mit Erweiterung des Abdomens. Diese als beginnende Hirschsprungsche Krankheit geltenden Symptome werden durch Belladonna, Opium und Ernährung mit Friedenthalscher Muttermilch beseitigt.

Tugendreich: *a*) *„Infektiöses Exanthem."*

Schilderung eines eigenartigen infektiösen Exanthems, das der Vortragende in den letzten 2 Wochen dreimal beobachtet hat, davon zweimal bei Geschwistern. Der erste Patient erkrankte plötzlich mit Erbrechen und hohem Fieber, am nächsten Tage diffus rotes Exanthem an beiden Wangen und Streckseiten der Unterhaut. Rachen blaß. Am darauffolgenden Tage Exanthem bis auf geringe Reste verschwunden, alle anderen Hautpartien frei, Temperaturabfall. Nach etwa 8 Tagen eben erkennbare Schuppung. Auch in den beiden anderen Fällen derselbe Verlauf, dieselbe charakteristische Lokalisation des Exanthems. Eine Übertragung von der ersten Erkrankung auf die beiden anderen ist nicht ganz sicher auszuschließen.

b) *„Das Saugflaschengesetz."*

Vortragender schlägt vor, zur Beseitigung der ungenauen Strichflaschen bei dem geplanten Saugflaschengesetz die Markierung nach Zentimetern auf der Außenseite der Flasche gesetzlich zu bestimmen.

Stier: *„Wandertrieb und pathologisches Fortlaufen bei Kindern.*

Vortragender hat Gelegenheit gehabt, in der Nervenpoliklinik der Charité in den letzten 3 Jahren 120 Kinder zu sehen, die von den Eltern gebracht wurden wegen der Neigung zum Fortlaufen oder bei denen dieses Symptom wenigstens im Vordergrunde der Erscheinungen stand. Als Ergebnis der Untersuchungen, die demnächst in Buchform erscheinen werden, betont Vortragender, daß an sich das Fortlaufen der Kinder durchaus nicht ein Zeichen von Krankheit zu sein braucht, sondern daß es auch einerseits ein durchaus physiologisch bedingtes Fortlaufen gibt als Folge des Entdeckerdranges, des Welterkundigungsbedürfnisses und der gesteigerten Aktivität des heranwachsenden Kinder und anderseits ein Fortlaufen als sozial-pathologische Erscheinung infolge Verwahrlosung. Bei der Untersuchung der Kinder ist die Entscheidung, ob pathologisch oder nicht, fast niemals durch Befragung der Kinder nach ihren Motiven zu erzielen, sondern lediglich durch eine eingehende und sehr mühsame körperliche und psychische Untersuchung, eine äußerst sorgfältige Erhebung der gesamten Vorgeschichte und nicht zum wenigsten durch genaueste Feststellung der Äußerlichkeiten der Tat selbst mit allen Einzelheiten, und zwar der ersten Tat dieser Art. Bei der extremen Neigung zur Wiederholung des Fortlaufens, die wir bei pathologischen sowohl wie bei nicht pathologischen Fällen finden, ist aus den Äußerlichkeiten der späteren Wiederholung meist nichts Wesentliches mehr zu schließen.

Unter den krankhaften Ursachen des Fortlaufens spielt die Epilepsie eine sehr geringe Rolle. Nur 2 Fälle unter den 120 waren unmittelbar Ausdruck oder Folge eines Dämmerzustandes, in 7 weiteren Fällen bestanden lockere Beziehungen zur Epilepsie oder zu epilepsieähnlichen Zuständen. Die auf dem Boden der Epilepsie oder der epileptoiden Entartung erwachsenden Verstimmungszustände kommen dabei vor allem in Betracht. Noch seltener scheint die reine Hysterie Ursache des Fortlaufens zu sein. Das Gros der Fälle wird vielmehr gebildet von den schwachsinnigen und den psychopathischen Kindern.

Bei ersteren ist das Fortlaufen entweder die Folge von den vielen niederdrückenden Erlebnissen des schwachsinnigen Kindes in Haus und Schule, oder es ist mehr ein Fort bleiben, ein Sichtreibenlassen von den Eindrücken der Außenwelt. Unter den Psychopathen kann man vielleicht 3 Gruppen schärfer abgrenzen, einmal die affektiv überempfindlichen Kinder, die durch dysphorische Erlebnisse irgend welcher Art in einen Zustand der Angst oder der Gereiztheit geraten, der an Intensität und Dauer das Normale übertrifft, dann die Hyperphantastischen, die ihre Träume in Wirklichkeit umsetzen wollen und über ihnen die Wirklichkeit vergessen, und schließlich die gleichzeitig ethisch

defekten. Als Rest bleiben dann die verschieden und meist schwer zu bewertenden Psychopathen übrig, bei denen der Trieb zum Davonlaufen eine gewisse Selbständigkeit zeigt.

Die Prognose ist bei rechtzeitigem Eingreifen nicht schlecht. Die Therapie erfordert vor allem eine Durchbrechung der pathologischen Gewohnheit, die meist nur durch Anstaltsbehandlung zu erzielen ist. Bei Mädchen müssen wir immer dazu greifen, weil sie durch das Umherstreifen besonders gefährdet sind. Als Anstalten kommen Erziehungshäuser, Anstalten der staatlichen Fürsorgeerziehung und hoffentlich auch bald Heilerziehungsheime nach dem Muster des jetzt ins Leben tretenden Heilerziehungsheimes der deutschen Zentrale für Jugendfürsorge in Betracht. Seltener genügen Milieuwechsel, Versetzung in eine Hilfsschule, einen Kinderhort oder einfache ärztliche Maßnahmen.

Diskussion: Peritz ist ebenfalls der Meinung, daß verhältnismäßig wenige epileptische Kinder den Wandertrieb zeigen. In keinem Falle standen die Zustände von Verstimmung, die den Anlaß zum Fortlaufen abgaben, zur Epilepsie in Beziehung; sie waren vielmehr als Psychopathen aufzufassen. Entgegen dem Vortragenden hält er die Hysterie doch recht häufig für die Ursache des Wandertriebes. Auch die Lues cerebri und die juvenile Paralyse können die Kinder zum Herumschweifen und Weglaufen bringen. Herr Rothmann spricht sich ebenfalls für die größere Bedeutung, die der Hysterie als Ursache des Wandertriebes zukommt, aus. Stiers Gruppe der Psychopathen, die er als Hyperphantastische beschrieb, ist wohl in die hysterische Gruppe einzufügen. Sicherlich gibt es ferner eine ganze Reihe von Fällen, bei denen das Weglaufen das erste Zeichen einer schweren organischen Erkrankung ist. Insbesondere ist die juvenile Paralyse in dieser Richtung mehr zu beachten.

Stier (Schlußwort): Beginnende Paralyse war in einem Falle Ursache des Davonlaufens; er ist unter die Fälle von Schwachsinn einbezogen, da dieser am meisten als Ursache in Betracht kommen dürfte. Bezüglich der Hysterie wurde versucht, den Begriff eng zu fassen, zuzugeben aber ist, daß man bei weiterer Begrenzung des Begriffs einen bemerkenswerten Teil der degenerativen Psychopathen auch unter diesem Namen führen kann, ohne ihnen Unrecht oder Gewalt anzutun.

Ordentliche Sitzung am 17. Februar 1913.

Baginsky und Kraus, Abschiedsworte für den mit dem Schluß des Semesters aus Berlin scheidenden Vorsitzenden des Vereines, Herrn Geheimrat Heubner.

Heubner: Dankes- und Abschiedsworte.

Baginsky, Nachruf auf Nathan (Berlin) und Frede (Neapel).

Biesalski: *„Die spastischen Lähmungen im Kindesalter und ihre Behandlung."*

Das bekannte Krankheitsbild der spastischen Hemi- und Diplegien ist in den letzten Jahren durch verschiedene Forschungen ergänzt worden. Die Behandlung der spastischen Lähmungen fällt und steht mit der Übungstherapie; alle operativen Eingriffe schaffen weiter nichts als günstigere Voraussetzungen dafür. Das Redressement mit Tenotomien und die Erhaltung des Resultates in Schienenhülsenapparaten ist auch heute noch die beherrschende Methode. Die Radikotomie kommt nur für die schwersten Fälle in Betracht, das Hauptgebiet für die Stoffelsche Operation wird der Arm werden.

Von ausschlaggebender Bedeutung für alle zukünftigen Heilversuche ist die Beantwortung von 2 Fragen:

1. In welchem Umfange bildet sich die spastische Lähmung von selbst zurück und wann kann darauf mit einiger Sicherheit gerechnet werden?

2. Welches sind die physiologischen Gesetze für die Übertragungstherapie bei spastischen Lähmungen?

Diskussion. Rothmann: Zur Vermeidung von Spasmen ist vor allem Übung erforderlich. Tiere ertragen selbst die Zerstörung der Pyramidenbahn bei genügender Bewegung, ohne Spasmen davonzutragen. Beim Menschen kommt es deshalb zu Spasmen, weil dessen Muskulatur infolge des aufrechten Ganges nur einseitig ausgebildet ist (Vervollkommnung der Streckmuskulatur des Beines und der Beugemuskulatur des Armes). Entsprechende Erkrankungen führen infolgedessen zu Streckstellung des Beines und zur Beugestellung des Armes. Es gilt also, die Antagonisten zu kräftigen. Bei der Behandlung der Kontrakturen scheinen sogenannte Schüttelübungen bisweilen von Erfolg. Bei der operativen Behandlung bevorzugt er die Stoffelsche Operation. Jedenfalls können spastische Zustände durch die Operation gebessert werden.

Außerordentliche Sitzung vom 28. April 1913.

Neuwahl des Vorstandes der Sektion für Kinderheilkunde.

1. Vorsitzender Baginsky, 2. Vorsitzender Finkelstein, 1. Schriftführer Müller, 2. Schriftführer Cassel.

Zum Ehrenmitglied der Sektion wird Baginsky aus Anlaß seines 70. Geburtstages ernannt.

Finkelstein: 1. *„Favus des Kopfes bei einem 2monatigen, in Berlin geborenen Mädchen."*

Infektionsquelle nicht zu ermitteln.

2. *„Trophische Hauterkrankung und allgemeine trophische Störung bei einem 4½ jährigen Knaben."*

Beginn mit Blasenbildung an der Kniegegend, dann allmähliche Entwicklung des Hautleidens in der jetzigen Form, das nach Ausdehnung und Intensität wechselt: Pfennigstückgroße rote Papeln, deren Oberhaut sich bald durch minimale seröse Exsudation erhebt und platzt. Langsamer Rückgang, daneben ausgedehntere, erst erythematöse, dann grob squamöse, nicht sichtbar mit Exsudation einhergehende, rundliche Flecken, die zu rötlichen, schuppenden, wenig infiltrierten Flächen konfluieren. Stellenweise — besonders an Ellenbogen, Knien — dicke Schuppenauflagerungen von Kinderhandtellerausdehnung. Ausschlag absolut bilateralsymmetrisch, typisch an gewisse Nervenbahnen gebunden; an den Armen entspricht die Lokalisation dem unteren Zervikalplexus und der 1. bis 2. Dorsalwurzel, an den Beinen dem Sakralgeflecht. Stellenweise folgen die Veränderungen dem Verlauf von Hautnerven, wie beim Zoster, so besonders auf der Rückseite der Oberschenkel. Kein Jucken. Nagelbetterkrankung (Infiltration, Rötung) aller Finger, trophische Störung der Nägel. Periorale Rötung, Verdickung, Schuppung, gleiche Veränderung an den Lidern. Vollkommene Kahlheit, die im 2. Lebensjahre eingetreten. Schleimhäute frei.

Kind klein, Gewicht 11 kg, Fontanelle offen, Fazialistic. Ebenso lange wie die Hautaffektion besteht eine Verdauungsstörung, die sehr an die schwere Verdauungsinsuffizienz älterer Kinder — Heubners intestinaler Infantilismus — erinnert: dicker Bauch; täglich 1 bis 3 mäßige, alkalische, stinkende Stühle, teils dünnbreiig, teil flüssig. Fleischverdauung geschädigt, desgleichen Gemüseverdauung, Fett- und

Kohlehydratverdauung scheint leidlich. Pankreasfermente nachweisbar. Pankreon nicht wirksam. Besserung der Hautsymptome unter äußerer Behandlung.

Diagnose unklar, trophische Störung, vielleicht der Epidermolysis hereditaria nahestehend (Ledermann-Diskussionsbemerkung 1), aber keine Heredität nachweisbar. Beziehung zum Nervenverlauf, ähnlich wie beim Zoster, Verbindung mit Alopezie lassen an eine spinale Erkrankung (Spinalganglien) denken. Die eigenartige Verdauungsstörung ist sonach möglicherweise auch spinalen Ursprungs. Würde man diese Verdauungsstörung mit denen der Heubner schen schweren Verdauungsinsuffizienz identifizieren, so könnte dieser Fall möglicherweise auf deren dunkle Genese ein Licht werfen.

Diskussion. Ledermann: Art und Lokalisation der Hauterkrankung, die Alopezie und die Veränderung der Nägel sprechen für die Zugehörigkeit der Störung zu der Epidermolysis bullosa hereditaria. Die Blasen entstehen mit Vorliebe da, wo die Haut dem Druck ausgesetzt ist. Wahrscheinlich finden sich gleichzeitig ähnliche Prozesse im Darm, die nicht als Ursache und Wirkung zu deuten sind, sondern beide einer übergeordneten Erkrankung angehören.

Neumann fragt an, ob ähnliche Erkrankungen in der Aszendenz vorgekommen sind. Er hat eine Epidermolysis in einer Familie bei dem Vater und den Kindern beobachtet. Beschrieben ist dieses Vorkommen der Erkrankung durch 3 oder 4 Generationen.

Eckert macht darauf aufmerksam, daß die Prüfung des vegetativen Nervensystems auch einen therapeutischen Einfluß des Atropins ergeben hat, der vielleicht auch für die vorliegende Störung nicht ohne Wert ist.

Mosse hebt die günstige Wirkung des Pankreons bei schweren Verdauungsinsuffizienzen hervor.

Finkelstein (Schlußwort): Die Aszendenz des Patienten ist frei von ähnlichen Erkrankungen der Haut. Pankreon hatte in dem vorliegenden Falle keinen Erfolg.

O. Rosenberg: *„Komplette periphere Fazialislähmung bei einem Säugling."*

6 Monate alter Säugling, der in der letzten Nacht mit einer linksseitigen Fazialisparese erkrankte. Die Lähmung betrifft sämtliche Äste. Das Kind wurde im Alter von 2 Monaten mit einem luetischen Exanthem aufgenommen. Protojoduretkur 7 Wochen hindurch. Später Entwicklung einer schnell wachsenden Pachymeningitis hämorrhagica interna, die besonders in den letzten Tagen rapid zunahm. Heute Nacht Erkrankung des Kindes. Beim Weinen vollkommener Stillstand der linksseitigen Gesichtsmuskulatur, Schlußunfähigkeit des linken Auges, fehlender Lidschlag, schiefstehender Mund. Beim Trinken fließt die Milch aus dem linken Mundwinkel heraus. Ätiologisch kommt bei Ausschluß einer im Säuglingsalter kaum vorkommenden rheumatischen Affektion zunächst die hereditäre Lues in Betracht. Möglich ist auch ein Zusammenhang mit der Pachymeningitis hämorrhagica interna, die bei einer Lokalisation an der Schädelbasis, wie sie jüngst in einem Falle der Klinik beobachtet wurde, wohl einmal eine Kompression des Nervus facialis bewirken könne.

L. F. Meyer: *„Hochfieberhafte Infektionszustände mit protrahiertem Verlauf."*

Besprechung mehrerer Krankheitsfälle mit protrahiertem Fieberverlauf, die im Beginn die Symptome einer Adenoiditis acuta aufweisen. Die Dauer des Fiebers betrug in 5 Fällen zwischen 3 und 5 Wochen. Der Typus der Fieberkurve war der eines remittierenden beziehungsweise intermittierenden Fiebers, ähnlich wie bei Pyämie, bisweilen an Typhus erinnernd.

Die Differentialdiagnose macht oft erhebliche Schwierigkeiten. Typhus, Eiterherde, Tuberkulose, letztere vielleicht in Form der sogenannten „Typhusbazillose" der Franzosen — eine durch den Tuberkelbazillus hervorgerufene Toxinämie (ohne Organveränderung), deren Existenz allerdings noch nicht sicher erwiesen ist — kommen in Betracht. Per exclusionem wird man an der Diagnose protrahierte Adenoiditis festzuhalten berechtigt sein.

Die Prognose ist im allgemeinen günstig, doch wird man wegen der Möglichkeit des Übertrittes der Krankheitserreger ins Blut vorsichtig sein müssen. Zur Vorsicht mahnt auch der nach der Entfieberung in einem der Fälle eingetretene einseitige mittelschlägige Tremor der rechten Hand, der wohl als „akuter zerebraler Tremor des frühen Kindesalters" (Zappert) aufzufassen ist. Als Ursache dieses Tremors ist wahrscheinlich eine organische Erkrankung des Gehirnes mit unbekannter Lokalisation anzusehen, die entweder auf die Krankheitserreger selbst oder auf deren Toxine zurückzuführen ist.

Die Prognose des Tremors ist meist günstig.

Diskussion: Langstein hat zerebrale Erscheinungen bei Grippe in einer Reihe von Fällen des letzten Jahres beobachtet. Differentialdiagnose zwischen zerebraler Erkrankung und Grippe, weil auch die Lumbalpunktion einen gesteigerten Druck ergab. Interessant wäre es, über die Lokalisation der zum Tremor führenden Hirnerkrankung etwas zu erfahren.

Mosse macht darauf aufmerksam, daß bei Adenoiditis und negativem Rachenbefund sich oft eine Schwellung der Seitenstränge findet.

Finkelstein hebt hervor, daß in manchen Fällen trotz hohen Fiebers ein Befund im Rachen überhaupt nicht feststellbar ist. Meningitis serosa ist keine seltene Nacherkrankung der Grippe. Sie findet sich epidemieweise.

Tugendreich: Als Ursache des langdauernden Fiebers ist vielleicht ein Eiterpfropf in den Lakunen des Nasenrachenraumes anzuschuldigen.

L. F. Meyer (Schlußwort): Über die Lokalisation der zu Tremor führenden Läsion ist nichts auszusagen, weil diesbezügliche anatomische Untersuchungen fehlen. Auf die Möglichkeit, daß Eiterpfröpfe das Fieber unterhalten, hat Finkelstein bereits in seinem Lehrbuch hingewiesen.

Gesellschaft für Innere Medizin und Kinderheilkunde zu Wien (Pädiatrische Sektion).

Sitzung vom 20. Februar 1913.

Max Zarfl: *„Nekrotisierende Zahnkeimentzündung im frühesten Säuglingsalter."*

Der erste Fall, ein kräftiger Knabe, erkrankte am 12. Lebenstage unter Schwellung am linken Oberkiefer. Aus der entzündlich aufgelockerten Kieferschleimhaut wölbte sich ein zystisches Gebilde vor, aus dem die Zahnscheibe des 2. Schneidezahnes und am nächsten Tage die dazugehörige nekrotische Papille ausgestoßen wurde. Zwei Tage später entwickelte sich eine Phlegmone in der Gegend des rechten Tränensackes. Gleichzeitig damit trat eitrige Entzündung der Zahnsäckchen des Eckzahnes und ersten Milchzahnes am linken Unterkiefer auf, die zur Nekrose und Ausstoßung der Keime Veranlassung gab. Am 21. Lebenstage Symptome einer eitrigen Meningitis, nach-

darauf Exitus. Während der Erkrankung hohes unregelmäßiges Fieber. Ätiologisch kommt Staphylokokkeninfektion vielleicht von einer eitrigen Rhinitis in Betracht.

Der 2. Fall verlief weniger stürmisch und heilte aus. Das Kind ging dann später an Darmkatarrh zugrunde. Das schwache, frühgeborene Kind (1500 g schwer) zeigte am 16. Lebenstage schwere Stomatitis neben Soor. Der mittlere Anteil des Unterkiefers war entsprechend den beiden mittleren Schneidezähnen verdickt, die Alveolarwände stärker vorgewölbt, die Schleimhaut des Kieferrandes aufgelockert, zerfallen, die Scheibe des rechten mittleren Schneidezahnes war weit hervorgedrängt, neben ihr kam eitriges Exsudat. Die Scheibe wurde entfernt und man konnte sehen, wie die Papille nachrückte. Sie wurde am 3. Tage der Erkrankung ausgestoßen. Derselbe Vorgang wiederholte sich auf der linken Kieferhälfte. Am 8. Krankheitstage war die Erkrankung abgeklungen. In diesem Falle ist die eitrige Entzündung des Zahnkeimes mit Ausgang in Nekrose das Primäre. Erst sekundär kommt es zum Zerfall der Kieferschleimhaut. Der 2. Fall wurde histologisch untersucht.

Edmund Nobel: *„Ein Fall von tonischen Reflexkrämpfen unbekannter Ätiologie."*

15 Monate altes Mädchen, das weder sitzen noch stehen kann. In der Anamnese keine Eklampsie, dagegen im Alter von 6 Wochen eine hoch fieberhafte Erkrankung mit Bewußtlosigkeit, die als Lungenentzündung aufgefaßt wurde. Seit 4½ Monaten bemerkte die Mutter, daß das Kind auf laute Geräusche erschrickt, auf der linken Körperhälfte starr wird. Diese Starre greift auch auf die rechte untere Extremität über. Das Bewußtsein soll dabei erhalten sein. In der Tat ließ sich bei dem Kinde durch akustische Reize oder Erschütterung die geschilderte strychninkrampfartige Starre auslösen. Wassermann im Blut und Lumbalflüssigkeit negativ. Ätiologie unklar. Enzephalitis? Zystizerkus?)

v. Pirquet: *„Ein 2½ Monate altes Mädchen mit lokalem Sklerem."*

Seit der Aufnahme, wahrscheinlich seit Geburt, besteht unverändert eine harte Anschwellung der Haut des Mons veneris und des linken Oberschenkels. In der Diskussion weist Friedjung darauf hin, daß er 5 analoge Fälle gesehen und beschrieben, die alle frühgeborene Kinder betrafen, und zwar waren es Knaben. Der vorgestellte Fall betrifft ein Mädchen, ein Beweis, daß die Auffassung, daß es sich hier um Folgen von Reizerscheinungen am Präputialsacke handle, nicht richtig ist. Diese lokalen Zellgewebsverhärtungen haben mit dem Gentalödem der Neugeborenen nichts zu tun. Auch Hochsinger betont die Sonderstellung dieser Zellgewebsverhärtung. Sie verschwinden zu Ende des 3. oder 4. Monates spontan.

v. Pirquet: *„7 Wochen altes Mädchen mit einem luesähnlichen Erythem."*

Bei der Aufnahme zeigt das Kind das Bild der Erythrodermia Leinerj. Dann verschwand diese diffuse Rötung und die Affektion bekam einen luesähnlichen Charakter. Hochsinger erinnert, daß die Franzosen luesähnliche Veränderungen bei kachektischen Säuglingen beschrieben und sie als Pseudolues bezeichnen.

Hans Januschke: *„Ein Beitrag zu den physikalisch-chemischen Bromwirkungen im Organismus."*

Je nach der Technik in der Darreichung des Bromnatriums kann man im Nervensystem Bromidionenwirkung oder Chloridverdrängung erzielen. Jeder dieser Vorgänge übt seine physiologische Wirkung auf andere Nervenzentren aus.

Es gibt Fälle von menschlicher Epilepsie, bei denen der Heilerfolg durch Bromidionenwirkung und nicht durch Chloridverdrängung zustande kommt. Die Empfindlichkeit des Nervensystems gegen die narkotische Wirkung der Bromidione kann durch mäßige Entziehung eines lebenswichtigen Zellbausteines (Lipoiden, Kalzium- oder Chlorionen) gesteigert werden. Zu exakten Studien über Bromwirkungen im Organismus ist nur das Bromnatrium verwendbar, andere Bromsalze (Erlenmeyer) oder organische Bromverbindungen sind zu diesem Zwecke ungeeignet.

(Der Vortrag erschien in der Wiener med. Wochenschr., Nr. 14. S. 877.)

Sitzung am 6. März 1913.

A. v. Khautz: *„5jähriges Mädchen mit geheilter akuter eitriger Osteomyelitis der Klavikula."*

Die bei der Operation exstirpierte in toto nekrotische Klavikula wird gezeigt.

R. Bergmeister: *„9jähriger Knabe mit Irisschlottern infolge angeborener beiderseitiger Linsenektopie."*

Die vordere Kammer ist sehr tief, der Linsenrand ist namentlich bei seitlicher Beleuchtung und mit dem Augenspiegel sehr deutlich im Bereich der Pupille zu sehen. Zwischen linsenlosem und linsenhaltigem Teil besteht ein großer Refraktionsunterschied (zirka 15 Dioptrien). Die Ektopika lentis congenita ist als Entwicklungsanomalie aufzufassen. Es besteht die Möglichkeit des Vorfallens der Linse in die Vorderkammer. Diszission der Linse ist erfahrungsgemäß kontraindiziert.

Ernst Mayerhofer: *„5 Wochen alter Säugling mit Chondrodystrophie (Mikromelie)."*

Neben der Kürze der Extremitäten besteht Plattnase, faltige elefantenfußartige Haut an den unteren Extremitäten, Mißbildungen an den Zehen. Das Kind ist angeblich Produkt eines Inzestes.

Egon Rach: *„Verruköses Bromexanthem bei einem 7 Monate alten Säugling."*

Die Effloreszenzen finden sich im Bereich der behaarten Kopfhaut teils vereinzelt, teils gruppiert. Bromtherapie wegen Pertussis. Im ganzen 20 g Natrium bromatum in wässeriger Lösung, durch 25 Tage.

K. Hochsinger: *„Über bedeutungslose Geräusche in der Präkordialgegend von Kindern und Jugendlichen."*

Geräusche in der Herzgegend ohne pathognostische Bedeutung kommen in jeder Epoche des Kindesalters vor, sind aber erst nach dem 3. Lebensjahre und zwischen dem 10. und 14. Lebensjahre am häufigsten. Man kann sie einteilen in sogenannte Herzlungengeräusche (Anstreifen des sich kontrahierenden Herzens an die inspiratorisch gefüllte Lunge). Sie verschwinden bei Unterbrechung der Atmung. 2. Gibt es Geräusche, die im Herzen selbst entstehen und vom Atemstillstand unabhängig sind (akzidentelle oder funktionelle Herzgeräusche). Körperliche Anstrengung und psychische Erregung wirkt auf beide Geräuschformen verstärkend. Schleips bezeichnet als atonische Herzgeräusche die zweite Gruppe von Geräuschen. Hochsinger empfiehlt diese Bezeichnung für jenen Teil von akzidentellen Geräuschen, welche bei nachweisbaren Zuständen von kindlicher Herzatonie (niederer Blutdruck, schlechte Arterienfüllung, dilatative Schwäche) vorkommen. Herzlungengeräusche und atonische Herzgeräusche kommen im Säuglingsalter und im frühen Kindesalter nur ganz ausnahmsweise vor. Die atonischen Geräusche haben erhebliche pathologische Bedeutung. (Nach Autoreferat.)

Sitzung vom 8. Mai 1913.

Guido Engelmann: „*Knochenzyste (gutartiges zentrales Sarkom) des Femur bei einem 8 Jahre alten Mädchen.*"

Klinisch findet man eine Schwellung in der Gegend des rechten Trochanters; die Erkrankung entwickelte sich langsam innerhalb von 4 Jahren mit geringen Schmerzen im rechten Knie- und Hüftgelenk. Die Röntgenuntersuchung ergab eine auf 6 cm sich erstreckende und den ganzen Querschnitt betreffende Verdickung des Femur mit Aufhellung des Schattens und laterale Verdünnung der Kortikalis. Dabei keinerlei Zeichen einer Entzündung. Engelmann zeigt außerdem die Röntgenbilder eines 2. Falles. (Analoge Veränderungen bei einem 10 Jahre alten Knaben am Humerus beobachtet.)

Guido Engelmann: „*Ein Fall von Coxa vara infolge Karies des Schenkelhalses bei einem 8 Jahre alten Mädchen.*"

Der Gang des Kindes ist wie bei einer angeborenen Luxation der linken Hüfte, Schmerzen fehlen, der linke Trochanter steht über der Roser-Nelatonschen Linie. Das Kind hinkt angeblich schon seit Jahren. Die Diagnose wurde auf Grund der Röntgenuntersuchung ermöglicht.

B. Schick: „*Konfluierte Hautblutungen im Gesicht bei pertussisartigen Hustenanfällen bei einem 13 Monate alten Mädchen.*"

Dezember 1912 Keuchhusten, der vor 2 Monaten sistierte. Seit 3 Wochen vermehrter Husten mit pertussisartigem Charakter, jeder Hustenanfall von Erbrechen gefolgt. Vor 3 Tagen nachmittags nach einem Hustenanfall einzelne Blutaustritte im Gesicht. Über Nacht, bei Zunahme der Hustenanfälle, wurden die Blutaustritte so reichlich, daß das Gesicht in ähnlicher Ausdehnung wie bei den „Vierzigern" blutig verfärbt aussieht. Einzelne Hämorrhagien auch am Stamm und auf der Streckseite der Vorderarme. Allgemeinbefinden dabei sehr gut. Zerreißlichkeit der Gefäße läßt sich nicht konstatieren.

Franz Roth: „*Multiple Kernläsionen infolge eines Herdes (Tuberkel?) im Rautenhirn in der Höhe der Schleifenkreuzung.*"

Der 10jährige Knabe zeigte seit September 1912 häufig Erbrechen, Anfälle von Singultus, Schmerzen im Abdomen, Mattigkeit, starkes Schwanken beim Gehen; nachts Erstickungsanfälle, nach denen viel Schleim ausgehustet wird. Die Nervenuntersuchung ergab eine Reihe von Herdsymptomen im Bereiche des Pons. Lähmung und Atrophie der rechten Zungenhälfte (Hypoglossus), Lähmung der rechten Gaumenhälfte, die Stimme ist etwas rauh. Laryngologisch wird Abduktion des rechten Stimmbandes nachgewiesen (Recurrens vagi), Störung im Sympathikus beweist der Hornersche Symptomenkomplex (enge Lidspalte, Enophthalmus, Miosis). Außerdem besteht Hochstand des rechten Zwerchfelles (Schädigung des N. phrenicus). Die Anfälle von Singultus sind als Reizsymptome des N. phrenicus aufzufassen. Starke Ataxie, Romberg positiv. Es bestehen endlich leichte Sensibilitätsstörungen (Temperaturempfindung). Pirquet positiv, Wassermann negativ. Ätiologisch kommt vor allem Tuberkulose in Betracht. Wegen der Nähe des Atemzentrums besteht Lebensgefahr.

Ernst Mayerhofer: „*Osteopsathyrosis foetalis bei einem Neugeborenen.*"

Bei der Aufnahme des Kindes, die im Alter von $7\frac{1}{2}$ Stunden erfolgte, fanden sich kurze ganz verbogene Extremitäten, die wie gelähmt, unbeweglich gehalten wurden. Die Verkürzung und Verkrümmung der Extremitäten beruhte auf mit Kallusbildung ausgeheilten

Frakturen. Die Schädelknochen waren äußerst mangelhaft entwickelt, besonders das Hinterhaupt bestand nur aus einer ganz weichen elastischen häutigen Membran. Die Röntgenuntersuchung ergab multiple Knochenbrüche an den langen Röhrenknochen mit Kalluswucherungen. Epiphysen normal, die Kortikalis dünn. Therapeutisch wurde Phosphorleberthran gegeben. Das Kind ist jetzt 61 Tage alt, die Schädelweichheit hat abgenommen. Die Extremitäten werden in geringem Maße bewegt.

Helene Deutsch: *„Ein Fall von kombinierter Systemerkrankung bei einem 13jährigen Knaben."*

Seit 2 Jahren allmählich zunehmende Muskelschwäche, häufige Kopfschmerzen und Abmagerung. In den letzten 14 Tagen rasche Verschlechterung, Unmöglichkeit zu gehen, Schlechterwerden der Sprache. Nervenbefund ergibt Sprachstörung bulbären Charakters, leichte Atrophie der Muskulatur der Lippen. An den oberen Extremitäten Steigerung der Reflexe. Babinski positiv, Gang spastisch-paretisch. Nach diesem Befund scheinen vorwiegend die Pyramidenseitenstränge ergriffen zu sein, bei gleichzeitiger Beteiligung der grauen Vorderhörner und Bulbärsymptome. Wassermann negativ. Vielleicht handelt es sich um einen Fall von amyotrophischer Lateralsklerose.

Zappert: *„Fehldiagnosen bei der Poliomyelitis."*

Bei der Unsicherheit des klinischen Begriffes des Leidens weist Zappert auf die Möglichkeit hin, daß Krankheitsbilder verschiedener Art vielleicht (innerhalb einer Epidemie) der Poliomyelitis zugerechnet werden müssen. So mögen manche Fälle von Angina, auch Bronchitis, Laryngitis verkappte Fälle von Poliomyelitis sein.

Zappert berichtet über einschlägige Beobachtungen. In früheren Zeiten hat Zappert auf den Zusammenhang von poliomyelitisartigen Lähmungssymptomen mit Infektionskrankheiten hingewiesen, eine Ansicht, die er heute als irrtümlich bezeichnet. In diesen Fällen dürfte es sich um echte Poliomyelitis gehandelt haben. Zappert betont, daß der Arzt bei allen fieberhaften Erkrankungen immer an die Möglichkeit einer Poliomyelitis denken und daraufhin untersuchen soll.

Diskussion: Neurath hält an der Möglichkeit fest, daß Infektionskrankheiten selbst zu poliomyelitisartigen Erkrankungen führen können.

Niederländischer Verein für Kinderheilkunde.

(Nach Ned. Tijdschr. f. Geneesk., 1913, I, S. 1265.)

van Dorp. 1. Behandlung von tuberkulösen Herden mit Röntgenstrahlen.

Demonstration von Kindern, im Seehospiz Katwijk a. M., mit Röntgenstrahlen behandelt und gebessert: a) Ein Knabe mit einem Hautulkus am Halse; b) ein Kind mit Tuberkulose der Fußwurzelknochen, und c) ein Kind mit Tuberkulose des Ellenbogengelenkes.

2. Behandlung von Spondylitis mit dem Callotschen Korsett. Krankenvorstellung von Kindern mit Spondylitis, verpflegt im Seehospiz, bei welchen mit dem Korsett bedeutende Besserung eingetreten ist.

Hüet. Der Einfluß des Malztropons auf die Milchsekretion. Bei zwei stillenden Frauen wurde, nachdem sie an die neue Umgebung und an die Anstaltskost sich gewöhnt hatten,

abwechselnd eine Woche Malztropon (3mal täglich ein Kinderlöffel) gegeben und eine Woche dieses Präparat fortgelassen. Es ergab sich nun, daß das täglich gelieferte Milchquantum in der Malztroponwoche ziemlich die gleiche war als in der malztroponfreien.

Gorter berichtet über akute gutartige Pankreatitis.

Schelltema berichtet 1. über Tuberkulosefurcht und Infektion bei Kindern. Die Abneigung gegen Tuberkuloseleidende und die Furcht vor Infektion hat die soziale Lage der Tuberkuloseleidenden so ungünstig beeinflußt, daß von verschiedenen Seiten das Streben merkbar ist, die Infektionsgefahr zu unterschätzen. Schelltema warnt vor diesem, ohne Zweifel humanen Bestreben, das angesichts der großen Empfänglichkeit der Kinder für Tuberkuloseinfektion für das Kind eine große Gefahr bietet.

2. Fälle von akuter Meningitis.

3. Angeborene Verengerung des Ösophagus. Demonstration eines Präparates, das von einem Kinde stammt, das im Alter von 6 Tagen erlag. Bei Lebzeiten wurde beim Schlucken die Nahrung ausgehustet und wurde, etwa 10 cm von der Mundspalte entfernt, mit der Sonde eine impermeable Passagestörung konstatiert. Bei der Sektion ergab sich: Der Ösophagus endet, $1^1/_2$ cm unter der Bifurkation der Trachea, in einem Blindsack, der vermittels eines Stranges mit dem unteren, im Magen mündenden Teil des Ösophagus verbunden ist. Die Sonde, vom Magen aus in den unteren Ösophagusteil geführt, trat zwischen den Stimmbändern hervor. Es bestand also Kommunikation zwischen unterem Ösophagusteil und der Trachea. Bemerkenswert ist, daß intra vitam intensive Magenperistaltik am Bauch sichtbar war.

4. Bericht mit Totodemonstration über einen Fall von infantil spinaler Paralyse von Werdnig-Hoffmann.

5. Bericht über günstige Wirkung eines Laboe-Merrah-Kerne genannten Mittels, das aus Niederl.-Ostindien stammt und dort als Bandwurmmittel sehr geschätzt ist und vor dem gebräuchlichen Granat. und Filix maris den großen Vorteil der absoluten Ungiftigkeit voraus hat.

Haverschmidt. Akute Ernährungsstörungen in der kühlen Jahreszeit. Diese sind, nach Haverschmidt, in der Regel Folge von parenteraler Infektion. Aber auch bei den Ernährungsstörungen in den anderen Jahreszeiten soll in sehr vielen Fällen die Ätiologie mehr in parenteraler Infektion als in alimentärer Intoxikation gesucht werden.

Graanboom.

Besprechungen.

L. Bruns, A. Cramer, Th. Ziehen. *Handbuch der Nervenkrankheiten im Kindesalter.* (Berlin, S. Karger, 1912, 30 Mk.)

G. Peritz. *Die Nervenkrankheiten des Kindesalters.* (Berlin, Fischers Mediz. Buchhandl., 1912, 15 Mk.)

Das Jahr 1912 hat der deutschen pädiatrischen Literatur fast gleichzeitig zwei große Werke über die Nervenkrankheiten des Kindesalters gebracht. Wie an Umfang und Begrenzung des Themas unterscheiden sich beide Werke auch in ihrer ganzen Anlage und Dar-

stellungsweise. Das erstgenannte, dessen drei Autoren Neurologen sind beziehungsweise waren — A. Cramer ist bekanntlich kurz nach dem Erscheinen des Buches verstorben —, umfaßt alle Nervenkrankheiten, die im Kindesalter überhaupt vorkommen, und will ausdrücklich dem Kinderarzte „ein zweites, die Nervenkrankheiten im allgemeinen besprechendes Lehrbuch ersparen". Der Verf. des andern Werkes ist zwar auch Neurologe, aber er wendet sich mit seiner Darstellung zumeist an seine engeren Fachgenossen, denen „infolge der Eigenartigkeit des kindlichen Zentralnervensystems und der Schwierigkeit, welche die neurologische Untersuchung eines Kindes macht, gerade ein Buch über die „Nervenkrankheiten des Kindes erwünscht" sein möchte. „Denn diese spezielle Seite kann bei der großen Ausdehnung, die die Neurologie in den letzten Jahrzehnten gewonnen hat, nur ungenügend in den Lehrbüchern der Neurologie berücksichtigt werden." So geht seine Absicht keineswegs wie die der anderen Autoren auf möglichste Vollständigkeit, er will vielmehr nur die Nervenkrankheiten besprechen, „welche fast ausschließlich dem Kindesalter eigen sind oder die eine besondere Farbe dadurch bekommen, daß sie das noch unfertige Zentralnervensystem des Kindes befallen."

In dem „Handbuche" hat A. Cramer die funktionellen Neurosen: die Nervosität, Hysterie, Epilepsie, Chorea, Stottern und Tics auf rund 250 Seiten bearbeitet. Die Darstellung der Epilepsie umfaßt allein über 90 Seiten, die anderen Kapitel sind entsprechend umfangreich. Wertvoll ist, daß sehr viel Literatur zitiert, leider oft ohne kritische Abwägung von wichtigen und von minderwertigen Arbeiten. Wohl infolge der Krankheit des Autors sind die Literaturzitate vielfach durch Druckfehler und Ungenauigkeiten irreführend und wertlos; so steht, um nur einiges anzuführen, z. B. auf S. 119: Kaan statt Mann; auf S. 31 ist für Pfisters Arbeit über die Enuresis nocturna usw. Zieglers Monatshefte statt Ziehen, Monatsschrift f. Neurol. u. Psych., als Publikationsort angegeben. Ähnliche Fehler finden sich massenhaft.

Sowohl die eingestreuten Krankengeschichten als die — im übrigen größtenteils sehr mangelhaft reproduzierten — Abbildungen beweisen, und der Autor gesteht es hier und da ausdrücklich ein, daß seine persönlichen Erfahrungen sich fast nur auf ältere, der Pubertät nahestehende Kinder erstrecken, ja nach der Durchsicht der Illustrationen allein fühlt man sich versucht anzunehmen, daß das Kindesalter die Zeit vom 12. bis 40. Lebensjahre umfaßt. Geradezu erheiternd ist, daß zur Illustration der kindlichen Tetanie (auf S. 123) wieder das alte Bild eines erwachsenen Mädchens aus dem Oppenheimschen Lehrbuche hat herhalten müssen. Die Darstellung bringt selbstverständlich für den pädiatrischen Leser eine große Menge von neuen und wichtigen Tatsachen, doch ist anderseits an sehr vielen Stellen das spezifisch Kindliche nicht genügend herausgearbeitet, und das Resultat ist eher eine Neurologie mit Weglassung der Krankheiten des Greisenalters als eine Darstellung der Nervenkrankheiten des Kindesalters. Dies ist zu bedauern, weil infolgedessen

die Neurologen nicht genügend informiert werden über dasjenige, was von pädiatrischer Seite auf dem wichtigen und interessanten Grenzgebiete gearbeitet worden ist und gelehrt wird.

Die Krankheiten des Rückenmarkes und der peripheren Nerven mit einem Anhange über Polymyositis, Myositis ossificans multiplex progressiva, ischämische Muskellähmung umfassen in der Bearbeitung von L. Bruns rund 300 Seiten. Entsprechend der Anlage des Gesamtwerkes ist vieles breit dargestellt, was in jedem neurologischen Werke ohne Beziehung zum Kindesalter enthalten sein könnte, z. B. ist ein umfangreiches Kapitel der Segmentlokalisation des Rückenmarkes gewidmet. Die Ausführlichkeit der Darstellung macht aber gerade das Brunssche Kapitel ungemein wertvoll als Nachschlagewerk auch für den Erfahrenen. Vielleicht hätten die neuesten Arbeiten über die Pathologie und Ätiologie der Poliomyelitis eine eingehendere Berücksichtigung verdient.

Der letzte Abschnitt „Die Krankheiten des Gehirns und der Gehirnhäute" von Ziehen umfaßt über 400 Seiten. Obzwar auch hier die Erkrankungen des jüngsten Kindesalters in der klinischen Darstellung etwas zu kurz kommen, ist die Gesamtdarstellung so übersichtlich und inhaltsreich und bietet mit ihren sehr ausführlichen Literaturangaben so ausgezeichnet die Möglichkeit, sich über einzelne Fragen speziell zu informieren, daß wir dem Verf. zu uneingeschränktem Danke verpflichtet sind. Alles in allem ist das „Handbuch" trotz der genannten Beanstandungen eine ungemein wertvolle Bereicherung der Literatur.

Erheblich kürzer und, wie es von vornherein in der Absicht des Verf. lag, weniger vollständig ist das Buch von Peritz. Er verzichtet, wie es Oppenheim in den früheren Auflagen seines Lehrbuches getan hat, auf Literaturangaben und beschränkt sich auf die reichliche Zitierung von Autornamen, welche natürlich nur demjenigen, der die Literatur einigermaßen kennt, eine gewisse Orientierung ermöglichen. Dadurch, daß dem Verf. pädiatrische Beratung und Unterstützung zur Verfügung gestanden haben, sind manche Abschnitte, speziell wieder solche, welche das früheste Kindesalter betreffen, besser ausgefallen als in dem Handbuche, doch kann der pädiatrisch geschulte Leser auch bei Peritz vieles nicht ohne Widerspruch hinnehmen. Z. B. wird die im einleitenden Kapitel (S. 11) ausgesprochene Behauptung, daß physiologischerweise die Kinder schreckhaft seien und auf jeden neuen Reiz mit einer Schreck- oder Furchtäußerung reagierten, sicherlich nicht allgemeine Billigung finden. Die angenehme Darstellungsweise und die gute Ausstattung machen die Lektüre des Buches, auch da, wo Kritik und Widerspruch begründet sind, lehrreich und angenehm. Thiemich (Leipzig).

Emil Fröschels. *Lehrbuch der Sprachheilkunde (Logopädie) für Ärzte, Pädagogen und Studierende.* (Mit 100 Fig. im Text und 5 Tafeln.) (Verlag von Franz Deuticke, Leipzig und Wien, 1913.)

Das Werk ist für Ärzte und Pädagogen bestimmt und das Studium der modernen Sprachheilkunde kann den Angehörigen der

beiden Berufe, denen in erster Linie die Sorge für das gesunde und kranke Kind neben der Familie zufällt, nicht dringend genug empfohlen werden. Selbst wenn bei der mühevollen und zeitraubenden Therapie, die manche Sprachstörungen fordern, die Behandlung zum größten Teil den Sprachspezialisten reserviert bleiben muß, so muß doch jeder Arzt im allgemeinen über die Diagnose und Bedeutung der Sprachstörungen und über die Aussichten der Therapie orientiert sein; insbesondere fällt diese Pflicht den Kinderärzten und den Schulärzten zu. Ebensowenig aber dürfen die Pädagogen der Sprachheilkunde fremd gegenüberstehen und das Gebiet der Hygiene von Stimme und Sprache muß ihnen vertraut sein.

Für alle diese Zwecke ist zur Orientierung das Lehrbuch von Fröschels gut geeignet, da es eine vorzügliche Übersicht über das Spezialgebiet gibt. In den ersten Kapiteln wird die Anatomie und Physiologie des Gehörorgans, die Anatomie der oberen Luftwege und die Physiologie der Atmung besprochen; dem folgt die Physiologie der Stimme und der Artikulation, die Registrierung von Sprachbewegungen, die Akzente und die Entwicklung der Sprache beim Kinde. Die Überleitung zu den Sprachstörungen und Sprachfehlern bildet ein Kapitel über allgemeine Untersuchung bei Sprachkrankheit, dem dann Kapitel über Taubstummheit, über Sprachstörungen bei Schwerhörigkeit, über Hörstummheit, über Stummheit bei Schwachsinn, über Aphasie, Stammeln, Poltern, Stottern und Aphthongie folgen; den Schluß bilden Ausführungen über Hygiene der Stimme und Sprache, über symptomatische Sprachstörungen und über Sprachstörungen bei Geisteskranken.

Es ist schwer zu vermeiden, daß die Darstellung an einzelnen Stellen weit in spezialistische Details hereingehen muß, doch wird trotzdem das Buch seiner Aufgabe gerecht, den Praktikern der Medizin und Pädagogik zur Orientierung und als Nachschlagebuch zu dienen. Keller (Berlin).

E. Villiger. *Sprachentwicklung und Sprachstörungen beim Kinde.* (Leipzig, Wilhelm Engelmann.)

Nach einem am Schweizerischen Lehrertag in Basel im Oktober 1911 gehaltenen Vortrag erläutert der Verf. sehr übersichtlich und klar, dabei streng wissenschaftlich sein Thema. Die Lektüre kann auch Ärzten empfohlen werden. Ein ziemlich reichhaltiges Literaturverzeichnis ist beigefügt. Thiemich (Leipzig).

M. Denucé et **M. Nové-Josserand.** *Chirurgie du crâne, du rachis, du thorax, du bassin et des membres. Orthopédie.* (La Pratique des maladies des enfants, Bd. VIII.) (J. B. Baillière et fils, Paris. 570 p.; brosch. Fr. 14·—.)

Von den 8 Bänden des Cruchetschen Handbuches der Kinderkrankheiten nehmen die Chirurgie und Orthopädie 2 Bände ein, woraus schon hervorgeht, wie eingehend sie abgehandelt sind. Die Verf. des vorliegenden Bandes haben die Chirurgie des Erwachsenen

nicht als bekannt vorausgesetzt bei ihrer Darstellung; sie bringen eigentlich ein vollkommenes Lehrbuch der Chirurgie, das nur die dem Kindesalter zukommenden Besonderheiten entsprechend würdigt. Dazu sind französische Chirurgen wohl imstande, weil in Frankreich die Chirurgie des Kindesalters seit lange als Fach für sich betrachtet und gepflegt wird. Die Darstellung ist außerordentlich klar und wird unterstützt durch zahlreiche Abbildungen, die nicht alle technisch vollendet sind, aber ausreichen, um das Verständnis des Textes zu erleichtern. H. Vogt.

Germain Blechmann. *Les épanchements du péricarde. Étude clinique et thérapeutique. La ponction épigastrique de Marfan.* (J. B. Baillière et fils, Paris, 349 p.)

Aus der umfangreichen Arbeit des Verf., die sich, abgesehen von eigenen klinischen und anatomischen Untersuchungen, auf ein eingehendes Literaturstudium aufbaut, kann nur einiges hier wiedergegeben werden. Fast die Hälfte aller Fälle von exsudativer Perikarditis betrifft das Kindesalter, und zwar überwiegend die ersten 5 Lebensjahre, auf die etwa ein Viertel aller Fälle von Perikardialexsudat kommen. In der früheren Kindheit sind Bronchopneumonien die häufigste Ursache, fast ein Drittel aller Empyemfälle bei Kindern bis zu 5 Jahren ist kompliziert mit Perikarditis. In den späteren Kinderjahren entwickelt sich Perikarditis meist im Anschluß an Gelenksrheumatismus, seltener nach akuten Exanthemen oder nach Knochenerkrankung. Auch Pneumonien sind bei Kindern vom 10. Jahre ab öfter mit Perikarditis kompliziert.

Für die Diagnose ist die Röntgenuntersuchung sehr wertvoll. Sie sollte beim Kinde bei allen Affektionen der Brustorgane mit ungewöhnlichem Verlauf ausgeführt werden. In einem Teile der Fälle ist der Schatten des Herzens von dem des Exsudates abgrenzbar. Wo dies nicht zutrifft, muß das Fehlen der Pulsation am Exsudatschatten und seine symmetrische kugelige Gestalt auffallen. Für die Behandlung durch Punktion ist es wichtig, daß das Exsudat sich nicht vor dem Herzen ansammelt, wenigstens in den meisten Fällen nicht. Die Punktion wird zweckmäßig so ausgeführt, daß man einen Troikart von der Spitze des Proc. xiphoideus aus an dessen hinterer Fläche entlang führt und ihn, wenn er etwa 2 cm tief eingedrungen ist, etwas mehr nach hinten richtet. Gegenanzeigen sind starker Meteorismus und erheblichere Deformationen des Brustbeines (Trichterbrust usw.). Bei serösen und hämorrhagischen Ergüssen ist die Punktion vorzuziehen, bei eitrigen Ergüssen die Eröffnung des Herzbeutels durch Schnitt und Drainage.

H. Vogt.

Ludwig Braun. *Diagnose und Therapie der Herzkrankheiten.* 2. Aufl., 362 S., Urban u. Schwarzenberg, Preis: brosch. M. 12·—.)

Die „Therapie der Herzkrankheiten" der ersten Auflage hat sich in der neuen zu einer „Diagnose und Therapie der Herzkrank-

heiten" ausgewachsen. Vielleicht hängt es zum Teil mit dieser Entstehungsgeschichte des Buches zusammen, daß der allgemeine Teil, der neben physiologischen Bemerkungen die allgemeine Pathologie, Symptomatologie, Diagnose und Therapie der Kreislaufstörungen und in 2 besonderen Kapiteln von A. Straßer und A. Bum die hydriatische und mechanische Therapie der Herzerkrankungen umfaßt, etwas umfangreich ausgefallen ist im Verhältnis zum speziellen Teil, der nur den 4. Teil an Umfang einnimmt. Zahlreiche Literaturangaben erleichtern ein weiteres Eindringen in den Stoff.

H. Vogt.

Nikolaus v. Jagić. *Handbuch der allgemeinen Pathologie, Diagnostik und Therapie der Herz- und Gefäßerkrankungen.* Bd. II, 1. Teil: *Physiologie des Kreislaufes.* Von Jul. Rothberger. (225 S., F. Deuticke. Leipzig und Wien, Preis: brosch. M. 9·—.)

Auf dem Gebiete der Herz- und Gefäßerkrankungen, dem dies neue Handbuch gewidmet ist, haben die Arbeiten der letzten Jahrzehnte eine staunenswerte Fülle neuer Tatsachen ans Licht gebracht. Vergleichend-anatomische und mikroskopische Untersuchungen haben neues Licht auch auf die Funktion des Herzens geworfen. Klinische und experimentelle Untersuchungen haben die Bedingungen der normalen Schlagfolge des Herzens aufgehellt. Die graphischen Methoden zur Darstellung des Druckablaufes in Herz und Gefäßen sind kritisch überprüft und verfeinert worden. Die Registrierung der Aktionsströme des Herzens hat neue Forschungsgebiete erschlossen. Das Bedürfnis nach einer zusammenfassenden Darstellung des Gebietes mit Berücksichtigung der neuen Errungenschaften wird darum heute sicher von vielen empfunden. Dem kommt die Darstellung des Verf. in so ausgezeichneter Weise entgegen, daß man nur den Wunsch aussprechen kann, daß die übrigen Abschnitte des Handbuches sich auf gleicher Höhe halten. Die Ausstattung gereicht dem Verlag zur Ehre.

H. Vogt.

D. Gerhard. *Herzklappenfehler.* (Spezielle Pathologie und Therapie, herausgegeben von weil. H. Nothnagel, fortgeführt von L. v. Frankl-Hochwart.) (Verlag von A. Hölder, Wien und Leipzig. Preis: brosch. M. 7·40.)

In knapper und klarer Darstellung behandelt Verf. die Lehre von den Klappenfehlern, indem er zunächst die Entstehungsbedingungen und Folgezustände von Klappenfehlern sowie ihre allgemeine Symptomatologie und Diagnose zusammenfassend bespricht, woran sich die eingehende Erörterung der einzelnen Formen von Klappenfehlern anschließt. Für die meisten Fragen aus diesem Gebiet kann sich Verf. auf eigene klinische und experimentelle Beobachtungen stützen, was dem Buche, abgesehen von der kritischen Verwertung der Literatur, eigenen Wert sichert. Eine Reihe von Kurven sowie gute Abbildungen anatomischer Präparate und typische Röntgenbilder bilden eine wertvolle Ergänzung des Textes.

H. Vogt.

August Frankau. *Die Kuhmilch und ihre Produkte. Grundriß der Milchwirtschaft für Mediziner.* (Speyer u. Kaerner, Freiburg i. B., 1913, 1·20 Mk.) Mit einer Einführung von Prof. Dr. Bruno Salge.)

Laut Einführung soll der Grundriß den Mediziner „in ganz knapper Form" mit den Grundzügen der Milchwirtschaft bekannt machen. Ein glücklicher Gedanke, ein leichtes dankbares Thema. Und trotzdem ein Reinfall. Das Mindeste, was ich dem Autor vorwerfe, ist noch das Fehlen kritischen Blickes für Dinge, deren Kenntnis dem Mediziner von Nutzen ist. Ich halte es für Ballast, vier Analysen der genauen quantitativen Zusammensetzung des Kuhmilchfettes abzudrucken. Das gehört in ein Handbuch der Milchkunde. Die Elementaranalysen des Globulins, Albumins, die detaillierten Angaben über den Aminosäurengehalt desselben sind mehr oder minder entbehrlich, die Elementaranalyse des stark hypothetischen Opalins dagegen gänzlich.

Die ausführliche Belehrung über äußere Zeichen der Milchergiebigkeit einer Kuh dürfte ganz zwecklos sein, wenn die verschiedenen Punkte nicht gleichzeitig in natura demonstriert worden.

Ich halte es nicht für richtig, zu sagen, „der Schmelzpunkt des Kuhmilchfettes beträgt 31°, bei Frauenmilchfett 32°. Der Mediziner, der nach diesem Grundrisse büffelt, hält sonst diese Zahlen für absolute. Bei der Fleischmannschen Formel zur Trockensubstanzberechnung wäre der Hinweis zweckmäßig — da der Grundriß sich ja an Anfänger wendet —, daß diese Formel nur für Vollmilch gültig ist.

Der Abschnitt über Fermente enthält manches Entbehrliche. Das Fibrinferment Hamburger-Moros fehlt dagegen. Auch die neuen interessanten Feststellungen über den minimalen Eisengehalt der Kuhmilch hätten Erwähnung verdient. Das gleiche gilt von den bekannten Reaktionen zur Unterscheidung von Frauenmilch und Kuhmilch, ferner vom Nachweise stattgehabter Erhitzung. Alles das fehlt, wäre aber zweckentsprechender gewesen als die ausführlichen Angaben über die quantitative Bestimmung der Hauptbestandteile der Kuhmilch. Was nützt denn aber schließlich die ganze große Milchzuckerbestimmung, wenn nicht auch gleichzeitig die Soxhletsche Tabelle abgedruckt wird?

Alles das sind nun aber letzten Endes Kleinigkeiten. Leider wartet Frankau jedoch noch mit ganz anderen Sachen auf. Auf Seite 23 findet sich folgender Satz: „Saure, pasteurisierte oder geronnene Milch läßt sich nicht mehr zu Rahm verarbeiten." Diese Diktion ist ungeschickt und zugleich falsch. Zunächst kann man folgendermaßen lesen: Saure Milch, pasteurisierte Milch oder geronnene Milch. Daß sich pasteurisierte Milch aber nicht zu Rahm verarbeiten ließe, wird der Autor doch wohl nicht behaupten wollen? Oder man liest: Saure pasteurisierte oder saure geronnene Milch usw. Was auch nicht stimmt, denn eine saure Milch, die das Pasteurisieren aushält, ohne zu gerinnen, läßt sich auch noch ausschleudern.

Mit einem Eiweißgehalt von 2·3% in der Frauenmilch rechnet die „moderne Kinderheilkunde" nicht mehr.

Der Stickstoffgehalt des Frauenmilchkaseins beträgt 14·60%, nicht 15·60%, wie Frankau fälschlicherweise zitiert.

Die Zahl 0·16% Volumprozent für den Gehalt der Milch an Gasen ist nicht „modern". Raudnitz gibt 8·6% im Mittel an.

Die Milchgase bestehen ferner nicht bloß aus N und CO_2.

* * *

Gerade für den Mediziner wäre eine etwas eingehendere Kenntnis der wichtigsten Milchpräparate, die in der Säuglingsernährung Verwendung finden, von Nutzen. Die diesbezüglichen Angaben Frankaus sind teils so wenig präzis, teils so knapp, daß sie absolut wertlos sind. Z. B.: „Biedertmilch. Zu verdünnter Milch wird Rahm und Milchzucker zugesetzt." „Kindermehle. Darunter versteht man kondensierte Milch, der verschieden behandelte Mehle und Dextrin zugesetzt wurde". (Sic!) Die Bereitung der Gärtnerschen Fettmilch ist nicht richtig geschildert.

Über Homogenisation, Buddisieren, Perhydrolmilch und manches andere schweigt der Autor; glücklicherweise möchte man sagen.

„Unter Pasteurisieren versteht man das Erhitzen der Milch über 65°; dadurch werden die Wuchsformen der Keime getötet": eine recht unbeholfene Definition. Auf Seite 13/14 heißt es, daß Kasein in Alkohol löslich ist!!

Doch genug. Um die Güte eines Weines zu probieren, leert man nicht das ganze Faß. So mögen auch diese Stichproben — die sich noch vermehren lassen — genügen.

Ein Ordinarius der Kinderheilkunde empfiehlt diesen Grundriß, leitet ihn ein. Auf den Namen Salge hin wird mancher Mediziner zum Käufer dieser minderwertigen Ware.

Ich nehme an, daß Salge das Opus gar nicht ernstlich gelesen hat. Er kann höchstens darin geblättert haben. Er hätte sonst Seite bei Seite Fehler und Flüchtigkeiten finden müssen.

Der Kritiker aber fragt sich, worin wohl die dem Autor „gütigst erteilten wertvollen Ratschläge" Salges bestanden haben mögen.

Klotz (Schwerin).

M. Mosse und **G. Tugendreich** (Berlin). *Krankheit und soziale Lage.* (Lfg. 3/4, Verlag von J. F. Lehmann, München, 1913, Preis des Gesamtwerkes: M. 22·—.)

Die dritte Lieferung enthält Aufsätze über den Einfluß der sozialen Lage auf die Geschlechtskrankheiten (Blaschko und Fischer), auf die Infektionskrankheiten (Reiche), auf die Tuberkulose (Mosse), auf die Entstehung von Geschwülsten und auf die Zahnkrankheiten. Die vierte Lieferung bringt den dritten, wohl den interessantesten Teil des Gesamtwerkes, nämlich die soziale Therapie der Krankheiten. Zahn und Kleindienst besprechen die Bekämpfung der sozialen Krankheitsursachen durch den Staat. Gott-

stein die Aufgaben der Gemeinde- und der privaten Fürsorge, Fischer den Einfluß der sozialen Gesetzgebung auf Verhütung, Erkennung und Verlauf der Krankheiten; den Beschluß bildet ein Aufsatz von Schallmayer über soziale Maßnahmen zur Besserung der Fortpflanzungsauslese.

Die soziale Hygiene hat durch die Forschungen der letzten Jahre nicht nur ihre Stellung als Spezialwissenschaft begründet, sondern auch in der Öffentlichkeit die Anerkennung gefunden, welche ihr gebührt. Unter der rapid anwachsenden Literatur, die zum guten Teil nur Augenblickswert hat, wird das Werk von Mosse und Tugendreich genügend Beachtung finden. Keller (Berlin).

Bericht über das sechste Geschäftsjahr des Vereines für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf. 1912/13.

Der Bericht läßt erkennen, welche rege Tätigkeit der Verein entfaltet. Fortbildungskurse für Ärzte, für Hebammen, für Tierärzte; Kurse über Kinder- und Säuglingspflege, die von eigens angestellten Wanderlehrerinnen abgehalten werden; Einrichtungen zur Milchversorgung und Beratung für die auf den Rheinschiffen lebenden Familien; Walderholungsheime; Erweiterung der offenen Fürsorge; weitere Durchführung der beruflichen Vormundschaft: die Heraushebung dieser Punkte wird genügen, um die Wirksamkeit des Vereines zu kennzeichnen. Eine besondere Besprechung findet die Neuordnung der Wöchnerinnenversicherung, und das Schlußkapitel bringt eine Darstellung des Schicksals der unehelichen Kinder während der ersten zwei Lebensjahre, die an die Verhältnisse im Düsseldorfer Regierungsbezirk anknüpft, nebst Vorschlägen, wie den noch herrschenden Mißständen auf diesem Gebiet abzuhelfen wäre.

H. Vogt.

Jahrbuch der Schweizerischen Gesellschaft für Schulgesundheitspflege. (Redigiert von F. Zollinger, XIII. Jahrgang.) *Anhang: Schweizerisches Jahrbuch für Jugendfürsorge.* (Redigiert von A. Wild, Zürich 1913, Zürcher und Furrer.)

Der stattliche Band enthält eine Menge interessanten Materials. C. Knabenhans erstattet einen 244 Seiten umfassenden Bericht über Anstalten und Einrichtungen zur Erziehung moralisch schwacher, verwahrloster Kinder und jugendlicher Verbrecher in der Schweiz auf Grund des Materials, das ihm im wesentlichen von den Anstaltsvorstehern selbst zur Verfügung gestellt ist. Es folgt ein Bericht über die Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Schulgesundheitspflege, mit welcher der erste schweizerische Jugendgerichtstag verbunden war. In der Tagung behandelt Prof. H. Zangger die anthropologischen Voraussetzungen für das Verbrechen des Kindes und die besonderen Aufgaben, die für die gerichtliche Beurteilung des jugendlichen Rechtsbrechers sich aus jenen Voraussetzungen ergeben. Prof. Hafter referiert über den heutigen Stand der Jugendgerichtsbewegung mit besonderer Berücksichtigung

der amerikanischen und englischen Gesetzgebung und erörtert auch die beiden Hauptrichtungen der Gesetzgebung: die strafrechtliche und die fürsorgliche. Prof. Zürcher behandelt die Zusammensetzung des Jugendgerichtes und verlangt für die Behandlung der Kinder unter 14 Jahren das Zusammenwirken der Vormundschaftsbehörden und der Schulbehörden, für die Behandlung der Jugendlichen über 14 Jahren ein Jugendgericht, das aus einem Richter, einem Arzt, einem Vertreter der Vormundschaftsbehörde und weiteren zwei Mitgliedern besteht, welche von freiwilligen Fürsorgeorganisationen gestellt werden. Prof. Borel spricht über die Umgrenzung der Zuständigkeit der Jugendgerichte und wünscht die Herabsetzung der Altersgrenze, von der an eine Überweisung an das Jugendgericht stattfindet, von 14 auf 10 Jahre. H. Hiestand fordert in seinem Referate den Ausschluß der Öffentlichkeit in den Jugendgerichtsverhandlungen und schließlich referiert Dr. Silbernagel über Strafbestimmungen und Fürsorgemaßnahmen, indem er hauptsächlich die Entwürfe zum schweizerischen Strafgesetzbuch seinen Erörterungen zugrunde legt.

Dem ausführlichen Sitzungsbericht folgt ein Aufsatz von Dr. Bertha Vogel über die privatrechtliche Stellung der Tauben und Blinden, ein Bericht von M. Fierz über die Kurse in Kinderfürsorge in Zürich 1908 bis 1912, eine Plauderei von Edouard Claparède über J. J. Rousseau, ein Referat von Jakob Kuhn über Organisation der sanitarischen Schulaufsicht, eine Übersicht über die Entwicklung der Schulgesundheitspflege in der Schweiz im Jahre 1912 und eine Reihe von Literaturbesprechungen.

Im Anhange bringt das schweizerische Jahrbuch für Jugendfürsorge eine detaillierte Übersicht über die verschiedenen Gebiete und Maßnahmen der staatlichen und kommunalen sowie der privaten Jugendfürsorge in der Schweiz. Wie man aus dieser kurzen Zusammenstellung ersieht, ist eine Menge Material aus dem Gebiete der Kinderfürsorge, Schulgesundheitspflege und Jugendgerichtsbarkeit in dem Jahrbuch enthalten. A. Keller (Berlin).

W. Friedemann. *Die Schulzahnpflege.* (Direktor der städtischen Schulzahnklinik in Duisburg.) (Verlag Hermann Meusser, Berlin, 1913, brosch. 3·60 Mk.)

Der Verf. nennt sein Buch einen Wegweiser und Berater für Behörden, Zahnärzte und Ärzte. Es muß der Einleitung zufolge wohl ein weitgehendes Bedürfnis nach Information namentlich über die praktische Durchführung der Kinderzahnpflege, speziell während des schulpflichtigen Alters, vorliegen. Mit großer Ausführlichkeit, auf eine reiche Erfahrung gestützt, handelt Friedemann sein Thema ab und darf sicher sein, daß sein Buch in interessierten Kreisen freudig begrüßt werden wird. Daß der Autor gelegentlich etwas dithyrambisch wird und getreulich all die pseudowissenschaftlichen Lehren über die Bedeutung der Zahnpflege repetiert, darf nicht wundernehmen. Es ist geradezu erstaunlich, daß innerhalb der

Zahnheilkunde noch kein kritisch und ehrlich veranlagter Kopf auf die Unhaltbarkeit der Lehren eines Röse hingewiesen hat. Der ganze Wust alter traditioneller Anschauungen über die Karies, über die fabelhafte Bedeutung des Gebisses usw. wird mit stumpfsinniger Zähigkeit weitergeglaubt und mit immer zunehmender Lungenkraft Tübingen hat bereits eine Professur für Zahnheilkunde, nicht aber für Pädiatrie!) agitatorisch weiterverbreitet. Wieviel Mühe wird es erfordern, dieses wissenschaftliche Unkraut wieder auszujäten! Kommt schließlich einmal ein Schularzt, wie jüngst Wimmenauer, und nennt die Dinge mit ihrem wahren Namen, dann macht die ganze Orthodontie mobil zur Wahrung ihrer heiligsten Güter!

Klotz (Schwerin).

Walkhoff (München). *Die Erdsalze in ihrer Bedeutung für die Zahnkaries.* (Berlin, 1913, Hermann Meusser, brosch. 7·80 Mk.)

In der zahnärztlichen Literatur wird nach Verf. in neuerer Zeit von einem Stoffwechsel des fertigen Schmelzgewebes gesprochen und quasi als feststehendes Faktum angesehen. Die Bedeutung dieser Auffassung liegt darin, daß sie logischerweise den Schluß zuläßt, daß eine nachträgliche Beeinflussung der Schmelzstruktur möglich ist, daß durch Ablagerung von Kalksalzen die Widerstandsfähigkeit der Schmelzprismen gesteigert werden kann.

Kalkhoff kritisiert und widerlegt diese Auffassung. Eine physiologische Tätigkeit des Zahnbeines durchgebrochener Zähne, welche zu einer weiteren Konsolidierung des Schmelzgewebes führt, existiert nicht. Auch im Schmelzgewebe besteht keine physiologische, nutritive Tätigkeit. Von einem Schmelzstoffwechsel kann höchstens vor dem Durchbruche des Zahnes in die Mundhöhle geredet werden. „Da die Durchbruchszeiten der Zähne beim Milchgebiß längst eingetreten sind, bevor von dem Kinde feste Nahrung in genügender Weise genommen werden kann, so liegt eine eventuelle Veränderung der Art der Entwicklung und des Grades der Verkalkung des Milchzahngebisses fast ausschließlich in der Zeit der Laktationsperiode." „Der Mensch behält also den Schmelz seiner Zähne in dem Zustande der Struktur, wie er vor Ablauf des ersten Lebensjahres für das Milchgebiß und mit Ablauf des siebenten Jahres auch nahezu für das bleibende Gebiß geschaffen ist, da es später keine nutritiven Lebensäußerungen im Schmelz gibt, welche etwa noch die zumeist sehr zahlreich vorhandenen Defekte des Gewebes auszugleichen vermöchten."

Kalkhoff wendet sich weiterhin sehr bestimmt gegen Röse und den Erdsalzrummel. „Sicherlich können die wenigen Gramm Kalksalze, die der menschliche Körper zum Aufbau des Schmelzes der Zähne im Laufe von Jahren (2. bis 7. Lebensjahr, Referent) benötigt, einer auch nur einigermaßen zweckmäßig zusammengesetzten gemischten Kost, wie sie heute von den Kinderärzten für dieses Alter empfohlen wird, entnommen werden."

Die Röseschen Forderungen einer neuen Brotbereitung (kleiehaltig, kalkreich) schweben insofern ganz in der Luft, als von einer

chemisch-biologischen Wirkung gar keine Rede sein kann; nur die rein mechanische — tüchtiges Kauen — kommt in Betracht. „Es ist für die Entwicklung der Kiefer viel wichtiger, daß sie kauen, und viel belangloser, was sie kauen."

Es würde zu weit führen, näher zu erläutern, wie Verf. den Röseschen Nährsalzunfug ruhig und sachlich zurückweist. Ich glaube, es ist das erstemal, daß aus dem Lager der Fachgenossen heraus endlich einmal ernstlich gegen Röses Pseudowissenschaft protestiert wird.

Wird doch Röse heute fast als Exponent deutschen zahnärztlichen Forschungsgeistes gefeiert. Schlecht bezahnte Individuen sollen nach Röse neuerdings im Interesse der Rasse von der Heirat mit gut bezahnten abgehalten werden! Klotz (Schwerin).

Karl Grünberg. *Die Gesichtsspalten und die zu ihnen in genetischer Beziehung stehenden anderweitigen Mißbildungen des Gesichtes.* (Die Morphologie der Mißbildungen des Menschen und der Tiere. Herausgegeben von E. Schwalbe. 3. Teil: Die Einzelmißbildungen. Lfg. 9, Abt. 1, Kap. 4, 91 S., Preis: brosch. M. 3·20.)

Den Mißbildungen des Gesichtes kommt ja bei der Häufigkeit ihres Vorkommens auch eine gewisse praktische Bedeutung zu, so daß die vorliegende Darstellung, die sich auf Verarbeitung einer umfangreichen Literatur, zum Teil auch auf eigene Beobachtungen aufbaut und mit zahlreichen Abbildungen versehen ist, auch aus diesem Gesichtspunkt Beachtung verdient. H. Vogt.

Otto Dornblüth und **Hedwig Dornblüth** (Wiesbaden). *Diätetisches Kochbuch.* (Verlag von Kurt Kabitzsch, Würzburg, 1913.)

Der allgemeine Teil über Ernährung, Nährwert der einzelnen Nahrungsmittel und über Diätetik in Krankheitszuständen ist im großen und ganzen so vorsichtig abgefaßt, daß nicht viel dagegen einzuwenden ist. Der technische Teil vertritt in seinen Kochrezepten eine Art der Kochkunst, wie wir sie in vielen deutschen Kochbüchern finden und wie sie in vielen deutschen Küchen ausgeübt wird. Über Geschmäcke läßt sich nicht streiten; wenn aber allen Saucen respektive Tunken (Fremdworte werden vermieden) Mehl zugesetzt wird, wenn die Braten mit Wasser gedämpft, bevor sie wirklich gebraten werden, so mag dieses in einem andern Kochbuch meinetwegen empfohlen werden, in ein diätetisches Kochbuch, von ärztlicher Seite empfohlen, gehört es nicht hinein. Keller (Berlin).

Else Sternberg-Westholz. *Du und Deines Kindes Pflege.* (Verlag: Blätter für Säuglingspflege, Berlin, W., 9, 1912.)

Über Säuglingspflege heutigentags etwas Anständiges zu schreiben, ist bei der Fülle ausgezeichneter einschlägiger Werke kein Kunststück, von einem Bedürfnisse (sit venia verbo) ganz zu schweigen. Die Verf. glaubte es dennoch ausfüllen zu müssen. Der affektierte Titel verheißt nichts Gutes. Dennoch: von ein paar Entgleisungen

abgesehen, ist an den Kapiteln 1 bis 9 sachlich wenig auszusetzen. Vielleicht finden weibliche Leser den Schwulst Else Sternbergs sogar himmlisch. Hätte E. Sternberg doch aber bei Kapitel 9 aufgehört! Denn das Schlußkapitel „Wenn eins krank ist" ist ein totales Erschöpfungsprodukt. Dies Kapitel zu kritisieren, wäre zu viel der Ehre: es hieße E. Sternberg ernst nehmen.

Mitten in der Lektüre der ersten Seiten stößt man unvermutet — auf einer interpolierten Reklameseite — auf den unvermeidlichen Herrn aus Hamburg-Bergedorf. R. Kufeke verheißt allen, so an ihn schreiben, eine von einem „Kinderarzte" verfaßte Broschüre.

So fühlt man Absicht und man wird verstimmt!

Da laut Notiz auf dem Titelblatte die Blätter für Säuglingspflege von 21 Standesämtern Groß-Berlins gratis verteilt werden beziehungsweise den Müttern postfrei zugestellt werden, so sollte man sich zuständigenorts doch etwas näher mit Else Sternbergs „Fürsorge"arbeit befassen. Klotz.

Hans Much. *Krankheitsentstehung und Krankheitsverhütung und geheimnisvolle Lebensäußerungen des Körpers.* (Öffentliche, im hamburgischen Vorlesungsgebäude in den Wintern 1911 und 1912 gehaltene Vorlesungen.) (Verlag von Kurt Kabitzsch [A. Stuber]; Preis: brosch. M. 2·50.)

Verf. hat diese Vorträge hauptsächlich deshalb in Druck gegeben, weil nach seiner Meinung die großen Errungenschaften der biologisch-medizinischen Wissenschaft in weitesten Kreisen noch nicht genügend gewürdigt werden, obwohl sie, als Leistungen des Menschengeistes betrachtet, zu dem Besten gehören, was hervorgebracht wurde. Über den Nutzen derartiger populärer Vorträge läßt sich streiten; doch muß man das Geschick des Verf. zur populären Darstellung entschieden anerkennen, wenn auch beim Lesen die Form des Vortrages zuweilen störend hervortritt. H. Vogt.

Ernst Finger (Wien). *Die Geschlechtskrankheiten.* (Siebente, wesentlich vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 8 lithogr. Tafeln. Franz Deuticke, Leipzig und Wien. Preis: M. 10·—.)

Auf dem Gebiet der Syphilisforschung haben die letzten Jahre so außerordentlich viel Neues geschaffen, daß eine Neuauflage vollständig umgearbeitet werden muß. Das ist mit dem vorliegenden Lehrbuch geschehen, so daß es auch weiterhin seinen ausgezeichneten Ruf bewahren wird. Keller (Berlin).

August. v. Borosini (München). *Das Fletchern. Ernährungs-A-B-C. als Grundlage aller Körperkultur und Krankheitsbekämpfung.* (Holze u. Pahl, Dresden, Mk. 2·—.)

Ich verweise auf eine frühere Besprechung der Fletcherei. Borosini ist der Überzeugung, daß zwei Drittel aller Zangengeburten sich vermeiden lassen, wenn die Mutter fletchert. Dann dauert die

Geburt $2\frac{1}{2}$ Stunden im Durchschnitte und das Kindesgewicht beträgt zirka 2750 g.

Prochownik, der Ähnliches publiziert hat und kürzlich von Bondi eine abfällige Kritik erfuhr (Wiener klin. Wochenschr., 1913, Nr. 25), wird von Borosini nicht erwähnt.

Verf. findet, daß die künstlich ernährten Säuglinge viel zu schnell trinken, wodurch „der Magen überlastet" und keine innige Mischung von Nahrung und Verdauungssekret erzielt wird. Dadurch leidet auch die Bakterizidie im Verdauungstrakte.

Ich weiß nicht, ob der Verf. Arzt ist. Er nennt sich Lehrer der Diätetik und erteilt Unterricht in Massage. Anscheinend ist er ehrlich überzeugt von seinem Apostoltum als Jünger Fletchers und trägt seine Enormitäten mit Pathos vor. Stilblüten, wie die nachfolgenden, finden sich in großer Menge. „Neueste Forschungsergebnisse haben gezeigt, daß auch das Tier seinen Stickstoffbedarf unter Umständen aus organischen Stickstoffverbindungen zu decken vermag." Seit 100 Jahren „hat die Wissenschaft enorme Fortschritte gemacht", mit der Gesundheitspflege ist es aber eher schlechter als besser geworden. Neun Zehntel des Buches beschäftigen sich mit der Rekapitulierung uralter Binsenwahrheiten. Klotz (Schwerin).

E. Nitzelnadel. *Therapeutisches Jahrbuch.* (XXIII. Jahrb.) (Verlag F. Deuticke, Leipzig u. Wien, 1913, Mk. 5.)

Referent hat das therapeutische Jahrbuch des öfteren hier angezeigt und empfohlen. Auch der vorliegende Jahrgang steht auf der gleichen Höhe wie die vorausgegangenen und verdient das Interesse des Allgemeinpraktikers in jeder Beziehung.

Klotz (Schwerin).

Walter Guttmann. *Medizinische Terminologie.* (Ableitung und Erklärung der gebräuchlichsten Fachausdrücke aller Zweige der Medizin und ihrer Hilfswissenschaften. Sechste und siebente umgearbeitete und erweiterte Auflage. Urban & Schwarzenberg. Berlin und Wien, 1913. Preis: M. 19·—.)

In alphabetischer Anordnung enthält das 1427 Seiten starke Werk die gebräuchlichsten Fachausdrücke der gesamten modernen Medizin einschließlich ihrer Hilfswissenschaften und fügt dem einzelnen Terminus die ethymologische Ableitung und eine begriffliche Erklärung zu. Die Definitionen sind im allgemeinen bei aller Kürze klar und präzis, die Sammlung der Fachausdrücke ist, soweit ich beurteilen kann, vollständig. Wünschenswert wäre vielleicht, daß noch mehr Fachausdrücke aus modernen fremden Sprachen aufgenommen werden. Das Werk ist jedenfalls die beste medizinische Terminologie, die mir bekannt ist. A. Keller (Berlin).

Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland auf das Jahr 1914. (Begründet von Dr. Paul Börner, herausgegeben von Geheimrat J. Schwalbe, Berlin. Verlag von Georg Thieme, Leipzig, 1913.)

Der bei uns allgemein verbreitete Reichs-Medizinal-Kalender erscheint in unveränderter äußerer Form. Der Inhalt entspricht durch stetige Neubearbeitung dem gegenwärtigen Stand des Wissens.

Keller (Berlin).

L. Brauer. *Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforschung (mit Ausschluß der Tuberkulose).* (Verlag von C. Kabitzsch. Erscheint zwanglos in Heften. Preis des Bandes: M. 20·—.)

Schon wieder eine neue Zeitschrift! Ob das Bedürfnis vorhanden war? Herausgeber und Verleger haben es sicher gefühlt, mancher Leser wird es bezweifeln, zumal solche, denen bekannt ist, wie sich jetzt die Herausgeber von Zeitschriften häufig bemühen müssen, um Material zur Füllung ihrer Spalten zu bekommen. Die Entscheidung für den Einzelfall, ob eine Neugründung berechtigt war, kann nur der Erfolg liefern. Als günstigen Umstand für die Prognose kann man es betrachten, daß das neue Unternehmen ausgeht von einer medizinischen Anstalt, der wir schon zahlreiche wertvolle Beiträge zur Lehre von den Infektionskrankheiten zu verdanken haben.

H. Vogt.

II. Ergänzende Literaturübersicht.

(Schluß.)

Tuberkulose.

Nietner. Die Bekämpfung der Tuberkulose unter den Schulkindern. Intern. Arch. f. Schulhygiene, 1912, Bd. VIII, S. 461; 1913, Bd. IX, S. 198.

– Modern combat against tuberculosis amongst children. (Der moderne Kampf gegen die Tuberkulose im Kindesalter.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXIII, S. 1343.

Nobécourt und **Darré.** Recherches sur la bacillémie tuberculeuse des enfants par l'inoculation au cobaye. (Über den Nachweis von Tuberkelbazillen im Blute bei Kindern mittels Impfung von Meerschweinchen.) Bull. méd., 1913, Bd. XXVII, S. 30.

W. P. Northrup. A case of generalised miliary tuberculosis mith numerous tubercles in the skin. (Ein Fall allgemeiner Miliartuberkulose mit zahlreichen Hauttuberkeln.) Proceed. of the New York pathol. soc., 1913, Bd. XIII, S. 36.

d'Oelsnitz. Note sur les éléments d'appréciation des indications de l'intensité et de la durée utiles de la cure solaire dans les affections tuberculeuses de l'enfance. Bull. de la soc. de pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 5, S. 264.

Oppelt. Der Ausschluß offentuberkulöser Kinder vom Schulbesuch und die Bekämpfung der Tuberkulose in diesem Alter überhaupt. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1912, Bd. XXVI, S. 513, 577.

M. C. Périer. Signes de la méningite tuberculeuse. (Symptome der tuberkulösen Meningitis.) Ann. de méd. et chir. inf., 1913, Bd. XVII, S. 1.

H. Peterka. Zur Behandlung der kindlichen Kniegelenkstuberkulose. Beitr. z. klin. Chir., 1912, Bd. LXXXI, S. 721.

P. Pironneau. La tuberculose chez les nourrissons, étude clinique, traitement. (Die Säuglingstuberkulose, ihre klinischen Symptome und die Behandlung.) Clin. infant., 1912, Bd. X, S. 748; 1913, Bd. XI, S. 5.

C. von Pirquet. Diagnose und Klinik der kindlichen Tuberkulose. Wiener med. Wochenschr., 1913, Bd. LXIII, S. 1529.

Francis Marion Pottenger. The relationship between the infection in the child and clinical tuberculosis in the adult. (Die Beziehung zwischen der Infektion des Kindes und der klinischen Tuberkulose beim Erwachsenen.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1912, Bd. IV, S. 13.

F. de Quervain. Du traitement moderne des tuberculoses osseuses et articulaires. (Über die moderne Behandlung der Knochen- und Gelenkstuberkulose.) Sem. méd., 1913, Bd. XXXIII, S. 3.

Egon Rach. Ein Fall von tuberkulösem Bromexanthem bei einem Säugling. Mitteil. d. Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilk., Wien. 1913, Bd. XII, S. 82.

— Beiträge zur Röntgendiagnostik der Lungentuberkulose im Kindesalter. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VIII, S. 312.

A. G. L. Reade und **F. G. Caley.** The value of X-ray in the diagnosis of tuberculosis in children. (Der Wert der Röntgenstrahlen in der Diagnostik der Tuberkulose des Kindesalters.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXIII, S. 1501.

Revillet. La tuberculose infantile à la campagne. Son origine intestinale, les moyens de la prévenir. Communication au congrès de pathologie comparée. (Die Kindertuberkulose auf dem Lande. Ihre intestinale Entstehung. Die Vorkehrungsmaßregeln. Mitteil. auf dem Kongreß der vergl. Pathologie.) Clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 142.

— Traitement de la tuberculose infantile sur le littoral méditerranéen, par les cures marines et solaires. (Behandlung der kindlichen Tuberkulose an der Küste des Mittelmeeres durch See- und Sonnenbäder.) Ann. de méd. et chir., infant., 1913, Bd. XVII, S. 4.

John W. Rhein. Tuberculous meningitis. A pathological report of nine cases. (Tuberkulöse Meningitis. Pathologisch-anatomischer Bericht über neun Fälle.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 165.

L. Ribadeau-Dumas. Les localisations initiales de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant. (Die primäre Lokalisation der Lungentuberkulose beim Kind.) Clin. infant., 1912, Bd. X, S. 587.

Ribadeau-Dumas und **Albert Weill.** Diagnostic radiologique de la granulie chez le nourrisson. (Röntgendiagnose der Miliartuberkulose beim Säugling.) Arch. d'électr. méd., 1913, Bd. XXI, S. 267.

Ribadeau-Dumas und **Robert Debré.** Etude diagnostique sur la tuberculose pulmonaire de la première enfance. (Diagnostische Studien über die Lungentuberkulose der ersten Kindheit.) Paris méd., 1913, S. 223.

L. Ribadeau-Dumas und **Philibert.** Association de l'infection à pneumocoques et de l'infection tuberculeuse chez le nourrisson. (Gleichzeitige Pneumokokken- und Tuberkuloseinfektion beim Säugling.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1912, Bd. XXVIII, S. 507.

E. Rist. La localisation initiale de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant et chez l'adulte. (Die primäre Lokalisation der Lungentuberkulose beim Kind und beim Erwachsenen.) Clin. infant., 1912, Bd. X, S. 513.

H. L. Rocher und **Jean Ferron.** Tuberculose rénale chez l'enfant, cathétérisme à vision directe (sept observations). (Nierentuberkulose beim Kind, Katheterismus mit direkter Besichtigung. 7 Beobachtungen.) Journ. d'urol. méd. et chir., 1913, Bd. XXX, S. 153.

Henryka Rozenblat. Beiträge zur Frage der kutanen Tuberkulinreaktion bei Kindern. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VIII, S. 298.

Karl von Ruck. A practical method of prophylactic immunization against tuberculosis. With special reference to its application in children. (Eine praktische Methode der prophylaktischen Immunisierung gegen Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung ihrer Anwendung in der Kinderheilkunde.) Medical Record., 1912, Bd. LXXXII, S. 369.

H. Schelble. Die Tuberkulose im Kindesalter. Deutsche med. Wochenschrift, 1913, Bd. XXXIX, S. 1083.

G. Scheltema. Kindertuberkulose. Nederl. Maandschr. voor Verloskunde en Vrouwenziekten en voor Kindergeneeskunde, 1912, Bd. I, S. 66.

Joh. Schoedel. Säuglingstuberkulose und Säuglingsfürsorge. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1913, Bd. V, S. 45.

W. H. Schultze. Anomalien des ersten Rippenringes und Lungentuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Hartschen Lehre von der mechanischen Disposition der Lungen zur tuberkulösen Phthise. Beitr. z. Klin. d. Tuberkel., 1913, Bd. XXVI, S. 205.

Maurice Ségard. L'exploration radiologique dans le diagnostic de la tuberculose ganglio-pulmonaire chez l'enfant. La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 364.

Georg Simon. Über den röntgenologischen Nachweis des primären Lungenherdes bei der Bronchialdrüsentuberkulose. Beitr. z. Klin. d. Tuberkul., 1913, Bd. XXVI, S. 141.

Erich Sluka. Ein weiterer Beitrag zur Hilustuberkulose des Kindes im Röntgenbilde. Wiener klin. Wochenschr., 1913, Bd. XXVI, S. 254.

Noémi Stricker. Zur Tuberkulindiagnostik im Kindesalter. Dissertation, Freiburg i. Br., 1912 (R. M. Rohrer).

Josef Sturm. Über orthotische Albuminurie bei Tuberkulose. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 763.

Fritz B. Talbot. Tuberculosis of the mesenteric glands in infants and young children, its effect on absorption. (Tuberkulose der mesenterialen Lymphdrüsen bei Kindern und ihr Einfluß auf die Verdauung.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1912, Bd. IV, S. 49.

Triboulet und **Debré.** Tuberculose intestinale et mésentérique sans localisations thoraciques chez un nourrisson. Bull. de la soc. de la pédiatr., de Paris, 1913, Nr. 5, S. 257.

F. L. Wachenheim. The diagnostic value of the cutaneous tuberculin test of v. Pirquet. (Der diagnostische Wert der Tuberkulinkutanreaktion nach v. Pirquet.) Amer. Journ. of Dis. of Child , 1912, Bd. IV, S. 27.

Wilhelm Weinberg. Die Kinder der Tuberkulösen. Leipzig 1913 (Hirzel).

Kurt Weinmann. Serologische Untersuchungen über das Verschwinden der kutanen Tuberkulinreaktion während der Masern. Dissertation, Heidelberg 1912 (Hörning).

M. Zarfl. Obduktionsbefund bei einem Falle von angeborener Tuberkulose. Päd. Sekt. d. Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 23. Januar 1913.

– La déclaration obligatoire de la tuberculose est-elle possible chez l'enfant? (Ist die Anzeigepflicht der Tuberkulose beim Kinde möglich?) Clin. infant., 1912, Bd. X, S. 515.

Zirkulationsapparat.

Hans Abels. Zur Genese und Symptomatologie intrakranieller Blutungen beim Neugeborenen. Arch. f. Gynäkol., 1913, Bd. IC, S. 1.

P. Balard. De l'application de l'oscillométrie à la fois à l'exploration du pouls et de la tension artérielle chez le nouveau-né. (Anwendung der Oszillometrie zur Untersuchung von Puls u. Blutdruck beim Neugeborenen.) C. R. de la soc. de biol., 1912, Bd. XXII, S. 687.

Bellinato. Sopra un caso di melena in corso di pleuropolmonite. (Über einen Fall von Melaena im Verlauf einer Pleuropneumonie.) Riv. di clin. pediatr., 1912, Bd. X, S. 79.

W. Beuthin. Intrakranielle Blutungen infolge Tentoriumzerreißung als Todesursache bei Neugeborenen und Säuglingen. Monatschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkologie, 1912, Bd. XXXVI, S. 308.

Auguste Blind. Trois cas d'endocardite infantile infectieuse observés en clientèle. La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 503.

Edmund Cautley. Chronic infective endocarditis. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 328.

— The modern methods of treatment of heart disease in children. (Moderne Behandlungsmethoden der Herzkrankheiten im Kindesalter.) Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 276.

A. Cade und **J. Rebattu.** Les difficultés de classification nosologique des dextrocardies. (Die Schwierigkeiten bei der Einteilung der Dextrokardien.) Prov. méd., 1913, Bd. XXVI, S. 206.

Colombarolli Cesare. Sopra un raro caso di cardiopatia congenita. Considerationi embriologiche, cliniche ed anatomo-patologiche. (Über einen seltenen Fall von angeborenem Herzleiden. Embryologische, klinische und anatomisch-pathologische Betrachtungen.) Morgagni, 1913, Bd. LV, S. 22.

Charles W. Chapman. Arterio-sclerosis with absence of both radial pulses in a girl, aged 15 years. (Arteriosklerose mit Fehlen beider Radialpulse bei einem 15jährigen Mädchen.) Proceed. of the r. soc. of med., London, 6. Sec. for the study of Dis. in Child., 1913, S. 109.

J. Doazan. Contribution à l'étude et au traitement chirurgical des hémorrhagies méningées du nouveau-né. (Beitrag zum Studium und zur chirurgischen Behandlung der meningealen Blutungen beim Neugeborenen.) Thèse de Toulouse, Juli 1912, Nr. 1024.

— Etiologie, symptomes et traitement chirurgical des hémorragies méningées du nouveau-né. (Ätiologie, Symptome und chirurgische Behandlung der meningealen Hämorrhagien Neugeborener.) Arch. gén. de chir., 1913, Bd. VII, S. 10.

Alexander C. Eastman. Intraventricular hemorrhage of the new born. (Intraventrikuläre Blutung beim Neugeborenen.) Boston med. surg. Journ., 1913, Bd. CLXVIII, S. 165.

George E. Ebright. A case of congenital heart disease. (Ein Fall von angeborenem Herzfehler.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LX, S. 1278.

H. Elias. Über paravertebrale Dämpfungen bei Aortitis. Mitteil. d. Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 148.

R. Erdmenger. Zwei Fälle von angeborenem Herzfehler mit Sektionsbefund. (Pulmonalstenose beziehungsweise Isthmusstenose.) Dissertation, Göttingen 1912, (L. Hofer).

D'Espine. Endocardite aigue pendant une attaque de chorea. (Akute Endokarditis während eines Choreaanfalles.) Rev. méd. de la Suisse romande, 1912, Bd. XXXII, S. 776.

— Maladie de Roger. (Rogersche Krankheit.) Rev. méd. de la Suisse romande, 1912, Bd. XXXII, S. 776.

Karl Flessa. Über gehäuftes Auftreten von akut entzündlichen Herzerkrankungen im Kindesalter. Dissertation, München 1912 (Müller u. Steinicke).

Gilbert. Study of 197 cases of endocarditis in children. (Untersuchung über 197 Fälle von Endokarditis bei Kindern.) Boston Med. and Surg. Journ., 17. Juli 1913.

M. Goto. Ein Fall von Morgagni-Adams-Stokesschem Syndrom bei einem 4jährigen Mädchen. Zikazasshi, 1912, Nr. 40.

Maurice Griolet. Un cas d'hémorrhagie méningée sous-arachnoidienne chez un enfant. (Ein Fall von subarachnoidealer Meningealblutung bei einem Kinde.) La Pathol. infant., 1912, Bd. IX, S. 105.

Th. Groedel und **J. G. Mönckeberg.** Ein Fall von kongenitaler Pulmonalstenose und die sich daraus ergebenden Schlüsse für die Initialzacke des Elektrokardiogramms. Zentralbl. f. Herz- und Gefäßkrankheiten, 1913, Bd. V, S. 2.

Georges Gross und **L. Heully.** Des hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale, mais non gravidique. Arch. mens. d'obstétr. et de Gynécol., 1913, Bd. XVIII, S. 462.

Adolf F. Hecht. Der Mechanismus der Herzaktion im Kindesalter, seine Physiologie und Pathologie. Ergebnisse der inn. Med. u. Kinderheilk., 1913, Bd. XI, S. 324.

– Elektrokardiographische Analyse des von Primarius Dr. Sperk demonstrierten Falles von Adams-Stokes und die darauf gegründete therapeutische Beeinflussung der Anfälle. Mitteil. d. Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilk., Wien 1913, Bd. XII, S. 118.

C. H. Hermanides. Dextrocardie. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1913, Bd. LVII, S. 1471.

G. Heuyer. Trois observations de cyanose congénitale permanente. La Presse méd., 1913, Nr. 53, S. 534.

G. Heuyer und **Campagne.** Deux cas de cyanose congénitale permanente. Soc. anatom., Paris, 11. April 1913.

K. Hochsinger. Über bedeutungslose Geräusche in der Präkordialgegend von Kindern und Jugendlichen. Mitteil. d. Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilk., Wien 1913, Bd. XII, S. 83.

H. R. M. Landis. The occurrence of venous hums in children. Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 88.

Ch. Laubry und **C. Pezzi.** Considérations cliniques et physiologiques à propos de cinq cas de maladie congénitale du coeur droit étudiés graphiquement. (Klinisches und Physiologisches über 5 graphisch aufgenommene Fälle von kongenitaler Erkrankung des rechten Herzens.) Arch. des mal. du coeur. des vaiss. et du sang, 1913, Bd. VI, S. 433.

Letulle. Lésions cardiaques multiples. Soc. anatom., Paris, 25. April 1913.

A. Lévy-Frankel. Pathogénie et anatomie pathologique de l'aortite chronique et de l'athérome infantiles. (Pathogenese und pathologische Anatomie der chronischen Aortitis und des Atheroms bei Kindern.) Arch. d. malad. du coeur, d. vaiss. et du sang, 1912, Bd. V, S. 625.

E. Ludwig. Zur Lehre der allgemeinen angeborenen Wassersucht. (Hydrops universalis neonati mit komplizierender kongenitaler Mitralstenose.) Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1912, Bd. XXXXII, S. 921.

F. und B. Luzzatti. Sopra un vizio di cuore in un bambino di cinque anni. (Über einen Herzfehler bei einem 5jährigen Knaben.) Rif. med., 1912, Bd. XXVIII, S. 1093.

Eduard Melchior. Über die erhöhten Gefahren operativer Blutverluste bei angeborener Enge des Aortensystems. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 160.

E. Mensi. Sulla trombosi delle vene nell' età infantile. (Über die Venenthrombose im Kindesalter.) La rif. med., 1912, Bd. XXVIII, S. 823.

R. Mohr. Zur Diagnostik der kongenitalen Herzfehler. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk., 1913, Bd. XXXXVII und III, S. 371.

Erich Müller. Untersuchungen über die Arbeitsleistung des Blutes und des Herzens bei gesunden Kindern vom 6. bis 11. Lebensjahre. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VII, S. 266.

P. Nobécourt. Les affections congénitales du coeur chez les enfants. (Kongenitale Herzfehler beim Kinde.) Journ. de méd. de Paris, 1913, Bd. XXXIII, S. 135.

– Les endocardites aigues de l'enfance. (Die akuten Endokarditiden des Kindesalters.) Journ. de méd. de Paris, 1913, Bd. XXXIII, S. 259.

C. T. Noeggerath. Elektrokardiogramme schwächlicher Säuglinge (Frühgeburten, Nährschäden und Infektionen). Zeitschr. f. Kinderheilkunde, 1913, Bd. VI, S. 396.

Ruben Vila Ortiz. Sobre un caso de dextrocardia. (Ein Fall von Dextrokardie.) Rev. med. del Rosario, Juli 1912.

A. Delle Piane. Sopra un caso di „morbo azzurro" da probabile persistenza del dotto arterioso di Botalli. (Ein Fall von Blausucht, wahrscheinlich infolge von Persistenz des Ductus arteriosus Botalli.) La rif. med., 1912, Bd. XXVIII, S. 422.

Venetian Ratner. Das Elektrokardiogramm bei angeborenen Herzfehlern. Dissertation, Berlin 1912 (Ebering).

Herm. Rautmann. Über Blutbildung bei fötaler allgemeiner Wassersucht. Zieglers Beitr. z. allg. Path. u. pathol. Anatomie, 1913, Bd. LIV, S. 332.

B. Schick. Konfluierte Hautblutungen im Gesichte bei pertussisartigen Hustenanfällen. Mitteil. d. Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 98.

A. L. Soresi. Hemorrhagic conditions in children-pathology-etiology-treatment. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 252.

Hugh Thursfield und **H. M. Scott.** Sub-aortic stenosis. (Subaortale Stenose.) Brit. Journ. of child. Dis., 1913, Bd. X, S. 104.

Giorgio Tron. Contributo allo studio della cianosi nei vizi cardiaci congeniti. (Beitrag zum Studium der Zyanose bei angeborenen Herzfehlern.) Il Morgagni Parte, 1912, Bd. LIV, S. 177.

Gustav Adolf Weiß. Diagnostik und Ätiologie angeborener Pulmonalstenosen an der Hand eines Falles. Dissertation, München 1912.

J. E. Welch. Normal human blood serum in the treatment of hemorrhagic diseases of infants and children. (Normales Blutserum in der Behandlung hämorrhagischer Erkrankungen von Säuglingen und Kindern.) New York Med. Journ., 1913, Bd. LXXXXVII, S. 125.

G. H. Whipple. Hemorrhagic diseases. Septicemia, melena neonatorum and hepatic cirrhosis. (Hämorrhagische Erkrankungen. Septikämie. Melaena neonatorum und Leberzirrhose.) Arch. of Internal. Med., 1912, Bd. IX, S. 365.

Respirationsorgane.

L. E. Barrington-Ward. Pneumococcal abscess of the lung in children. (Lungenabszeß durch Pneumokokken im Kindesalter.) Lancet, 1913, Bd. CLXXXIV, S. 1090.

Erwin Batzdorf. Die chirurgische Behandlung der Bronchiektasie. Sammelreferat. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. XVI, Nr. 1. W. Freund (Breslau).

Bell. Pneumonia in infancy and childhood. (Pneumonie im Kindesalter.) New Jersey Med. Soc. Journ., August 1913.

P. J. de Bruine Ploos van Amstel. Über ungewöhnlichen Fieberverlauf bei kroupöser Pneumonie im Kindesalter. Samml. klin. Vorträge, 1913, Nr. 682/684, S. 605.

R. P. von Calcar. Über den Diplokoccus pneumoniae und die Pathogenese der kroupösen Pneumonie. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh., 1912, Bd. LXXXIII, S. 79.

F. G. Chandler. A case of empyema in an infant aged five weeks, with operation and recovery. (Ein Fall von Empyem bei einem 5 Wochen alten Säugling. Operation, Heilung.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXIII, S. 1776.

Albert Delcourt. Le traitement des pneumonies et des broncho-pneumonies infantiles par les inhalations d'oxygène. (Behandlung der kindlichen Pneumonien und Bronchopneumonien durch Sauerstoffeinatmung.) Pathol. infant., 1913, Bd. X, S. 41.

Denéchau. La pneumonie infantile. Arch. méd. d'Angers, S. 20, Oktober 1912.

Ad. d'Espine. La pneumonie lobaire de la première enfance. (Die Lobärpneumonie der ersten Kindheit.) Clin. infant., 1912, Bd. X, S. 105.

Rowland Godfrey Freemann. Serum treatment of pneumonia. (Serumbehandlung bei Pneumonie.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1912, Bd. IV, S. 383.

R. Fuà. Un caso di asfissia acquisita. (Ein Fall von akquirierter Asphyxie.) Riv. di clin. pediatrica, 1912, Bd. X, S. 768.

J. von Gieson und **H. L. Lynah.** Creosote and Calcium medication in respiratory affections in children and in pulmonary Tuberculosis. (Kreosot- und Kalziumbehandlung der Erkrankungen der Atmungsorgane im Kindesalter und der Lungentuberkulose.) Med. Record, 1912, Bd. XXXI, S. 883.

Herman Heizer. Ein Fall von Asthma bronchiale bei einem 2jährigen Kinde. Dissertation, München 1912.

Richard Horwitz. Beitrag zur Behandlung der Pleuritis exsudativa mit Stickstoffinsufflation. Dissertation, Breslau 1912 (Cohn).

Hutinel. Dilatation des bronches chez l'enfant. (Die Bronchiektasie beim Kind.) Clinique, 1913, Bd. VIII, S. 50.

Jean Jacquard. Pneumonies prolongées chez l'enfant. Thèse de Paris, 1912, Nr. 353.

H. E. Knopf. Über Asthma bei Kindern und dessen Behandlung. Berliner klin. Wochenschr., 1912, Bd. IL, S. 1566.

Ledent. Chirurgie et gymnastique respiratoire. (Chirurgie und Atmungsgymnastik.) Scalpel, 1912, 27. Oktober.

Richard Lederer. Über „Bronchotetanie", ein noch nicht beschriebenes Krankheitsbild der Spasmophilie. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VII, S. 1.

— Über chronische nichttuberkulöse Lungenprozesse im Säuglings- und frühesten Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilkunde, 1913, Bd. LXXVIII, S. 68.

P. Londe. Les bronchites méconnues des nourrissons. (Unerkannte Bronchitiden bei Säuglingen.) Le nourrisson, 1913, Bd. I, S. 206.

Lowenburg. A case of streptococcic arthritis complicating lobar pneumonia. (Streptokokkenarthritis als Komplikation einer lobären Pneumonie.) Arch. of Pediatrics, März 1913.

Ludwig Maier. Einfluß hygienischer Verhältnisse auf die Morbidität und Mortalität der Masernpneumonie. Münchener med. Wochenschrift, 1913, Bd. LX, S. 636.

J. Mégevand. Quelques cas de pleurésie purulente. (Einige Fälle von eitriger Pleuritis.) Rev. méd. de la Suisse romande, 1912, Bd. XXXII, S. 707.

G. Mouriquand. Sur la pleurésie métapneumonique de l'enfant. Valeur diagnostique de la matité axillaire. (Über metapneumonische Pleuritis des Kindes.) Diagnostischer Wert der Axillardämpfung. Le Progrès méd., 1912, Bd. XL, S. 341.

— Sur quelques notions récentes touchant le diagnostic et le prognostic de la pneumonie infantile. (Über einige neuere Forschungsergebnisse betreffend die Diagnose der kroupösen Pneumonie im Kindesalter.) La Pathol. infant., 1912, Bd. IX, S. 71.

Sheffield Neave. Fibrosis of right lung, with heart completely on right side, in a female child, aged 17 months. (Fibrose der rechten Lunge mit dem Herzen ganz auf der rechten Seite bei einem weiblichen Kinde von 17 Monaten.) Proceed. of the r. soc. of med., London 6, Sect. for the study of dis. in Child., 1913, S. 113.

A. Nevi. La Guaiacolina Franchi e le affezioni broncopolmonari dell' infanzia. (Guajacolina Franchi und die bronchopneumonischen Affektionen des Kindesalters.) Riv. crit. di clin., 1913, Bd. XIV, S. 151.

Nobécourt und **Saint Girons.** Pleurésie purulente à pneumocoques du sommet droit chez un nourrisson. (Pleuritis purulenta der rechten Spitze durch Pneumokokken.) Bull. de la Soc. de pédiatrie in Paris, 1913, Nr. 5, S. 251.

Stanislaus Ostrowski. Diagnostische Bedeutung des Klanges einer Kupfermünze (signe du sou) bei Lungenentzündung und Pleuritis bei Kindern. Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVIII, S. 341.

Lambert Ott. The clinical significance of abnormal respiration and deglutation chick or fremitus; the pneumonic-respiration-pause-cycle. (Die klinische Bedeutung abnormer Respiration und das Schluckgeräusch; der pneumonische Respirationspausenzyklus.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1912, Bd. IV, S. 7.

F. Parkes. The occurrence of acute pneumonia during treatment with arsenic. (Vorkommen von akuter Pneumonie während der Arsenbehandlung.) The British med. Journ., 15. Februar 1913.

Pironneau. La bronchopneumonie du premier âge. (Die Bronchopneumonie im ersten Lebensjahre.) Paris clin. infant., 1912, Bd. X, S. 577.

— La pneumonie franche du nourrisson. La clin. infant., 1913, Bd. IX, S. 225.

E. Rach. Umfangreicher Lungenherd mit eigentümlichem körnigem Kalkgerüst. Mitteil. d. Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 146.

Reber. Synpneumonisches Empyem bei Säuglingen. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1912, Bd. XXXXII, S. 909.

Roig, Raventos und **J. Marimon.** Un caso de pleuresia purulenta en un nino de tres meses. (Ein Fall von Pleuritis purulenta bei einem dreimonatigen Kinde.) Rev. de Ciencias med. de Barcelona, Juli 1912.

Rousselot. Pneumonie abortive chez l'enfant avec une éruption simulant au début les taches lenticulaires de la fièvre typhoide. (Rudimentäre Pneumonie beim Kind mit typhusroseolaähnlichen Flecken.) Clin. infant., 1912, Bd. X, S. 489.

B. Sperk. Ein Fall von Adams-Stokesschem Symptomenkomplex im Kindesalter. Mitteil d. Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilk., Wien 1913, Bd. XII, S. 117.

Max Thürlings. Beitrag zur Frage der genuinen, lobären Pneumonie im Kindesalter. Dissertation, Freiburg i. Br., 1912 (Ernst A. Günther).

G. Variot, Barret und **Sédillot.** Pneumothorax latent décelé par la radiographie chez un enfant de deux ans. (Entdeckung eines Pyopneumothorax bei einem 2jährigen Kinde mit Hilfe des Röntgenverfahrens.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1913, Bd. XXXV, S. 217.

B. Vasoin. Intorno all' origine delle bronchiectasie multiple. (Zum Ursprung der multiplen Bronchektasien.) Riv. di clin. ped., Juli 1912.

Hans Vogt. Zur Prophylaxe und Ernährungstherapie der Lungenerkrankungen im Kindesalter. Therapeutische Monatshefte, 1912, Bd. XXVI, S. 566.

E. Weill. Diagnostic de la pneumonie et de la broncho-pneumonie pseudolobaire. La méd. moderne, 1913, Nr. 1, S. 1.

Weill und **G. Mouriquand.** Note sur l'épidémiologie de la pneumonie infantile. (Beitrag zur Epidemiologie der kindlichen Lungenentzündung.) Lyon méd., 1913, Bd. CXX, S. 636.

— Recherches de radiologie clinique sur la pneumonie du nourrission. (Radiologisch-klinische Untersuchungen über die kroupöse Pneumonie beim Säugling.) Lyon méd., 1912, Bd. CXIX, S. 1018.

William Carlos Williams. The normal and adventitious danger periods for pulmonary disease in children. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 603.

Pleurésies purulentes récidivantes. Revue générale. Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 455.

Blut und blutbildende Organe.

Babonneix und **L. Tixier.** Sur trois cas d'anémie pernicieuse à type aplastique. (Über drei Fälle perniziöser Anämie von aplastischem Typus.) Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1913, Bd. XXXV, S. 227.

– Un cas d'anémie pernicieuse à type aplastique. La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 296.

H. Barbier. Deux cas d'anémie grave, splénomégalique et pernicieuse, guéris. (Zwei geheilte Fälle von schwerer perniziöser Anämie mit Splenomegalie.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 355.

Bézy. Leucémie aigue mortelle chez une fillette. (Tödliche akute Leukämie bei einem Kinde.) Ann. de méd. et chir. infant., 1913, Bd. XVII, S. 353.

S. Cannata. Inclusioni leucocitarie nella leishmaniosi infantile. (Leukozyteneinschlüsse bei der Leishmaniaerkrankung der Kinder.) Pathologica, 1913, Bd. V, S. 420.

G. Caronia. Curve termiche nella leishmaniosi infantile. La Pediatria, 1913, Bd. XI, S. 481.

– L'anafilassi nella leishmaniosi infantile. (Die Anaphylaxie bei der Kinderleishmaniosis.) Pathologica, 1913, Bd. V, S. 420.

– Sul potere complementare del siero di sangue nella leishmaniosis infantile. La Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 583.

Howard Childs Carpenter und **J. Claxton Gittings.** The coagulation time of blood in infants and children. (Gerinnungszeit des Blutes bei Säuglingen und Kindern.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. V, S. 1.

G. W. Mac Caskey. Pernicious anemia. An embryonic factor in its etiology. (Perniziöse Anämie. Ein fötaler Faktor bei ihrer Ätiologie.) New York med. Journ., 1913, Bd. XCVII, S. 67.

G. di Cristina. Importanza del reperto ematologico nella diagnosi di Anemia splenica pseudoleucemica infantile. (Die Wichtigkeit des hämatologischen Befundes für die Diagnose der infantilen Anaemia splenica pseudoleucaemica.) Riv. de clin. pediat., 1912, Bd. X, S. 736.

A. d'Espine. La maladie de Banti chez l'enfant, deux cas de maladie de Banti dans la première enfance. (Die Bantische Krankheit beim Kinde; 2 Fälle von Bantischer Krankheit in der ersten Kindheit.) Red. méd. de la Suisse Romande, 1913, Bd. XXXIII, S. 357.

Eben W. Fiske. The diagnostic significance of the leucocyte count in osteomyelitis and tuberculosis of the bones in childhood. (Die diagnostische Bedeutung der Leukozytenzahl bei der Osteomyelitis und Knochentuberkulose im Kindesalter.) Boston Med. and Surg. Journ., 1913, Bd. CLXVIII, S. 606.

Otto Hagner. Schwankungen im Eiweißgehalt und in der Leitfähigkeit beim Säuglingsblute. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VIII, S. 50.

Howard Kennedy Hill. A note on blood pressure in infants, especially in gastroenteritis. (Blutdruck beim Kinde, besonders bei Gastroenteritis.) Arch. of Pediatrics., 1913, Bd. XXX, S. 588.

B. Raymond Hoobler. The standardization of blood pressure readings by means of an automatic devie of indicating systolic and diastolic pressures in children. (Die Messung des Blutdruckes mit Hilfe automatischer Registrierung des systolischen und diastolischen Druckes bei Kindern.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1912, Bd. IV, S. 46.

J. Hutchinson. Excision of the spleen for splenic anaemia. (Milzexstirpation wegen Anaemia splenica.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VI, S. 236.

R. Jemma. Considerazioni sopra sessanta-tre casi di anemia da Leishmania osservati nella clinica pediatrica di Palermo. (Betrachtungen über 63 in der Kinderklinik zu Palermo beobachtete Fälle von Leishmaniaanämie.) La rif. med., 1912, Bd. XXVIII, S. 925.

— Sulla Leishmaniosi del cane nei dintorni di Palermo. Pathologica, 1. August 1912.

Giacomo Lombardo. Contributo allo studio delle alterazioni anatomiche dell'anemia da Leishmania. (Anatomische Störungen bei Anämie infolge von Leishmaniosis.) Pathologica, 1913, Bd. V, S. 292.

A. Longo. Sull' eccitibilità della leucopoiesi nella leishmaniosi infantile. (Über die Reizbarkeit der Leukopoese bei der infantilen Leishmaniose.) Riv. di clin. pediatr., 1912, Bd. X, S. 969.

— Sulle oscillazioni del contenuto leucocitario del sangue nelle variazioni di temperatura nella Leishmaniosi. (Über Schwankungen des Leukozytengehaltes des Blutes bei den Temperaturunterschieden der Leishmaniose.) Riv. di clin. pediat., 1912, Bd. X, S. 889.

T. Luzzatti. Il morbo di Banti. (Morbus Banti.) Riv. osped., 1913, Bd. III, S. 261.

Josef Mendl. Zur Frage der Schulanämie und deren Prophylaxe. Prager med. Wochenschr., 1912, Bd. XXXVII, S. 633, 648 und 663.

Hisao Okada. Pseudoleukämie oder Morbus Banti? Dissertation, München, 1912 (Kastner & Callwey).

Raffaelli. Di un caso di anemia splenica curato coi raggi X. (Über einen Fall von Anaemia splenica, durch Röntgenstrahlen geheilt.) Riv. di clin. pediat., 1912, Bd. X, S. 800. Gazz. degli Osp. e delle clin., 6. August 1912.

Robert Reid William Calwell und **W. W. D. Thomson.** Notes of a case of „nodular leukaemia". (Bemerkungen über einen Fall von „nodulärer Leukämie".) Brit. Med. Journ., 1913, Nr. 2738, S. 1318.

E. Richter. Über Spinalaffektion bei letaler Anämie. Berliner klin. Wochenschr., 1912, Bd. XLIX, S. 1976.

Rist. La chlorose des jeunes filles et l'oligosidérémie des jeunes enfants. (Die Chlorose der jungen Mädchen und die Oligosiderämie der kleinen Kinder.) Bull. méd., 1913, Bd. XXVII, S. 315.

J. D. Rolleston. The blood-pressure in scarlet fever. (Der Blutdruck beim Scharlach.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1912, Bd. IX, S. 414.

August Strauch. Acute lymphatic leukemia in early lifs. (Akute lymphatische Leukämie im Kindesalter.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. V, S. 43.

C. H. Treadgold. Myeloid leukaemia in a child with blood picture of socalled megaloblastic degeneration. (Myeloide Leukämie bei einem Kind mit dem Blutbilde der sogenannten megaloblastischen Degeneration.) Lancet, 1913, Bd. CLXXXIV, S. 94.

Valdamerl. Ricerche sulla viscosità del sangue. (Untersuchungen über die Viskosität des Blutes.) Riv. di clin. pediat., 1912, Bd. X, S. 799.

F. Visco. Adenoidismo ed anemia nei lattanti. La Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 261.

E. Weill und **Ch. Gardère.** La viscosité du sang chez l'enfant. (Die Viskosität des Blutes im Kindesalter.) La pathol. infant., 1912, Bd. IX, S. 206.

Lymphatischer Apparat.

Ernst Barth. Zur Technik der Rachenmandeloperation. Klin.-therap. Wochenschr., 1912, Bd. XIX, S. 1222.

Le Blaye. Diagnostic de l'angine de Vincent. (Diagnostik der Plaut-Vincentschen Angina.) Ann. de méd. et chir. infant., 1912, Bd. XVI, S. 501.

Eduard Borchers. Die totale Enukleation der Gaumenmandeln. Münchener med. Wochenschr., 1912, Bd. LIX, S. 2221.

Brady. Prevention of adenoids. (Verhütung der Adenoide.) Med. Record, 24. Mai 1913.

Brandligt. Le traitement esthétique des adenites cervicales suppurées. Traitement des adenites fistuleuses. (Ästhetische Behandlung der vereiterten Zervikaldrüsen; Behandlung der Fisteldrüsen.) An. Soc. méd. Anvers., Bd. LXXIV, April 1912.

Brindel. Quelques considérations pratiques sur le traitement de l'hypertrophie des amygdales palatines. (Einige praktische Überlegungen über die Behandlung der Gaumenmandelvergrößerung.) Journ. de méd. de Bordeaux, 1912, Bd. XLII, S. 585.

V. Cheval. Hypertrophie des amygdales. (Mandelhypertrophie.) Journ. méd. de Bruxelles, 1912, Bd. XVII, S. 481.

Delneuville. Arythmie cardiaque guérie par l'ablation de végétations adénoides. (Herzarrhythmie geheilt durch Abtraguug von adenoiden Vegetationen.) Scalpel et Liège méd., 1913, Bd. LXV, S. 583.

Zacharias Donogany. Über die Behandlung der akuten Tonsillitis. Pester med.-chirurg. Presse, 1913, Bd. IL, S. 81.

Engel. Beiträge zur Röntgendiagnostik der Bronchialdrüsenvergrößerungen. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 336.

Götzky. Über die klinische Bedeutung der Kubitaldrüsenschwellungen. Zeitschr. f. Kinderheilkunde, 1913, Bd. VII, S. 113.

Crove. Certain dangers of adenoidectomy. (Gefahren der Adenoidektomie.) Bull. Johns Hopkins Hosp., April 1913.

H. E. Jordan. The cause and prevention of adenoid growths in children. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 468.

Kress. Tonsils and adenoids, their significance. (Bedeutung vergrößerter Tonsillen und Adenoide.) California State Journ. of Med., Februar 1913.

Carl Molly. Über säurefeste Stäbchen in hypertrophischen Gaumentonsillen und adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes. Dissertation, Bonn, 1912 (Eisele).

A. Oliari. Contributo allo studio della mediastinite cronica nel bambino (Beitrag zum Studium der chronischen Mediastinitis beim Kinde. Riv. di clin. pediat., 1912, Bd. X, S. 809.

Otto Piffl. Der Waldeyersche Rachenring und der Organismus. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 286.

v. Pirquet. 15monatiges Mädchen mit Chlorom. Mitteilungen der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde, Wien, 1913, Bd. XII, S. 57.

Pistre. Le facteur intoxication dans la genèse des végétations adénoides. (Der Begriff der Intoxikationen bei Entstehung der adenoiden Vegetationen.) Ann. de méd. et chir. infant., 1912, Bd. XVI, S. 536.

Seales. Tonsils and Adenoids. (Tonsillen und Adenoide.) Kansas Med. Soc. Journ., Februar 1913.

Sobotky. Persistent mouth-breathing following adenoidectomies. (Persistierende Mundatmung nach Entfernung der Adenoide.) Boston Med. and Surg. Journ., 13. Februar 1913.

Henry Farnum Stoll. The diagnostis of enlarged bronchial glands. (Die Diagnose vergrößerter Bronchialdrüsen.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1912, Bd. IV, S. 333.

James S. Stone. Practical points in the treatment of enlarges cervical glands in children. (Praktische Gesichtspunkte in der Behandlung geschwellter Halsdrüsen im Kindesalter.) Boston Med. and Surg. Journ., 1912, Bd. CLXVII, S. 537.

G. B. Taylor. Adenoids in school children and their effect on the general system. (Adenoide bei Schulkindern und deren Einfluß auf den Organismus.) Med. Record, 1912, Bd. XXXI, S. 315.

Innere Sekretion.

C. Amsler. Zur Lehre der Splanchnomegalie bei Akromegalie. Berliner klin. Wochenschr., 1912, Bd. IL, S. 1600.

Bardin. Un cas de goitre suffocant chez un nouveau-né. La Loire méd., 1913, Nr. 1, S. 28.

Karl Basch. Über die Thymusdrüse. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 1456.

R. Burnier. A new hypophysial syndrome. Hypophysial nanism. (Ein neues Hypophysensyndrom; Hypophysenzwergwuchs.) Ann. of ophthalmology, 1912, Bd. XXI, S. 263.

Franz Cohn. Die innersekretorischen Beziehungen zwischen Mamma und Ovarium. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1913, Bd. XXXVII, S. 93.

Olimpio Cozzolino. Les morts subites dites thymiques chez les enfants. (Plötzliche sogenannte Thymustodesfälle bei Kindern.) Pédiatrie prat., Mai 1912.

André Crotti. The Roentgen ray in intrathoracic goiter and thymus hyperplasia. (Das Röntgenverfahren bei intrathorazischer Struma und bei Thymushyperplasie.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LX, S. 117.

C. B. Farr und **R. A. Glenn.** Adrenal hemorrhage in the newborn. (Nebennierenblutung bei einem Neugeborenen.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 226.

Léon Fontaine. D'une pathogénie endocrinienne du syndrome de Raynaud et de divers syndromes vaso-moteurs. (Über endokrine Pathogenese der Raynaudschen Krankheit und verschiedener vasomotorischer Syndrome.) Thèse de Toulouse, 1912. Nr. 996.

E. Gagnoni. Contributo allo studio istologico della corteccia delle capsule surrenali del bambino in varii stati morbosi. (Beitrag zum histologischen Studium der Nebennierenrinde des Kindes bei verschiedenen Krankheiten.) Riv. di clin. pediat., 1912, Bd. X, S. 910.

Gustav Gleim. Beiträge zur Histologie der kindlichen Schilddrüse. Dissertation, Bonn, 1912 (Ludwig).

Gordon. Thyroid medication in children. (Schilddrüsentherapie bei Kindern.) New York Med. Journ., 26. April 1913.

Guggisberg. Strumen Neugeborener. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1913, Bd. XLIII, S. 476.

P. Jödicke. Über innersekretorische Stoffwechselstörungen bei Athyreosis, mongoloider Idiotie und Akromegalie. Zeitschr. f. d. Erforschung und Behandlung des jugendl. Schwachsinns, 1913, Bd. VI, S. 286.

M. Kashiwabara. Über die Autolyse der Thymus. Hoppe-Seylers Zeitschrift f. physiol. Chem., 1913, Bd. LXXXV, S. 161.

Lampe. Function of the thymus. Amer. Journ. of Obstétr., April 1913.

T. Luzzatti. I piccoli segni del distiroidismo. (Die kleinen Zeichen des Dysthyreoidismus.) Riv. osped., 1913, Bd. III, S. 41.

Otto Marburg. Die Klinik der Zirbeldrüsenerkrankungen. Erg. d. inn. Med. u. Kinderheilkunde, 1913, Bd. X, S. 146.

E. K. Marshall. On the self-digestion of the thymus. (Über die Autolyse der Thymus.) Journ. of Biol. Chem., 1913, Bd. XV, S. 81.

Hermann Matti. Physiologie und Pathologie der Thymusdrüse. Erg. d. inn. Med. u. Kinderheilkunde, 1913, Bd. X, S. 1.

Meisel. Kropfuntersuchungen an Schulkindern. 24. Kongreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Berlin, 1913, 26. bis 29. März.

Mullally. Case of infantilism associated with hypophysis tumor. Fall von Infantilismus mit Hypophysentumor.) Arch. internat. Med., Mai 1913. Wachenheim.

Berthold Müller. Thymustod und Status thymolymphatikus. Zeitschr. f. Laryngol. u. Rinol., 1913, Bd. V, S. 1075.

Charles A. Parker. Surgery of the thymus gland. Thymectomy. Report of fifty operated cases. (Chirurgie der Thymusdrüse. Thymektomie. Bericht über 50 operierte Fälle.) Amer. Journ. of Child., 1913, Bd. V, S. 89.

Cl. Regaud und **R. Crémieu.** Sur l'involution du thymus produite par les rayons X. Résultats expérimentaux. Déductions thérapeutiques. Communication faite à la Soc. méd. des hôp. de Lyon, Dezember 1911. Lyon méd., 1912.

A. Remy und **C. Fairise.** Un cas de goître congénital. (Ein Fall von kongenitalem Kropf.) Ann. de méd. et chir. infant., 1913, Bd. XVII, S. 201.

A. W. Russell und **Alex. Mills Kennedy.** Teratoma of the thyroid in a foetus. (Teratom der Schilddrüse bei einem Fötus.) Journ. of Obstetr. a Gynaecol. of the Brit. emp., 1913, Bd. XXIII, S. 109.

Sante de Sanctis. Forme cliniche dell' infantilismo. (Klinische Formen des Infantilismus.) Bull. de reale accad. med. di Roma, 1912, Bd. XXXVIII, S. 70.

Josef Schippmann und **Adolf Vystavel.** Versuche zur Frage einer inneren Sekretion der Mamma. Wiener klin. Wochenschr., 1913, Bd. XXVI, S. 261.

Alfred Schubert. Über Trachealverdrängung bei Thymus hyperplasticus. Bruns Beiträge z. klin. Chir., 1913, Bd. LXXXII, S. 269.

Josef Schumacher. Über Thymusstenose und den heutigen Stand ihrer Pathologie. Dissertation, Berlin, 1913 (E. Ebering).

Gotthard Söderbergh. Über Pseudotetanus myxooedematoides. Monatsschrift f. Psych. u. Neurol., 1912, Bd. XXXII, S. 402.

T. Tschebotarewskaja. Zur Frage der Pinealistumoren bei Kindern. Pädiatrie (russ.), 1912, Bd. II, S. 392.

W. Hale White. A clinical lecture on myxoedema. (Eine klinische Vorlesung über Myxödem.) Lancet, 1913, Bd. CLXXXIV, S. 154.

Wieland. Angeborene Schilddrüseninsuffizienz. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1912, Bd. XLII, S. 873.

Josef Wiesel. Der Status thymico-lymphaticus. Handb. d. Neurol., Bd. IV: Spez. Neurol., Bd. III, S. 380, Berlin, Springer, 1913.

D. Zani und **G. Del Lago.** Infantilismo da tumore dell' ipofisi. (Infantilismus infolge von Hypophysistumor.) Ann. di ottalmologia, 1912, Bd. XLI, S. 481.

Der Infantilismus. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1913, Bd. XLIII, S. 336.

Verdauungstraktus.

W. Allan. Thymol for taenia saginata. (Thymol gegen Taenia saginata.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 197.

Gertrud Bien. Über einen Fall von Ileus, hervorgerufen durch Obliteration eines Meckelschen Divertikels. Wiener med. Wochenschr., 1913, Bd. LXIII, S. 824.

Zoltan v. Bokay. Polyposis intestinalis seu Polyadenomatosis intestinalis. Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVIII, S. 184.

Cachovic. Über das Ulcus ventriculi im Kindesalter und seine Folgen. Arch. f. klin. Chir., 1912, Bd. XCVIII, S. 301.

Alberto Cavazzani. Sulla stenosi pilorica spastica congenita dei lattanti. (Kongenitale spastische Pylorusstenose bei Brustkindern.) La Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 213.

David Murray Cowie. The significance of the pyloric reflex in true and pseudopyloric stenosis in infants. (Die Bedeutung des Pylorusreflexes bei echter und Pseudostenose des Pylorus im Säuglingsalter.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. V, S. 225.

Charles Greene Custon. Appendicitis in infancy and early childhood. (Appendicitis im Säuglingsalter und in früher Kindheit.) Med. Record., 1912, Bd. LXXXIV, S. 1022.

Dicken. Intussusception in 11 months old child. (Darminvagination bei einem 11monatigen Kinde.) Oklahoma State Med. Assoc. Journ., Jänner 1913. Wachenheim.

Durante und **Eealle.** Ulcères perforants du duodénum chez un nouveau-né. Soc. anat., Paris, 11. April 1913.

Engleson. Congenital hypertrophic stenosis of the pylorus, with report of 3 cases. (Bericht über 3 Fälle von angeborener hypertrophischer Pylorusstenose.) Northwest Med., April 1913.

Louis Exchaquet. A propos d'un cas de maladie de Hirschsprung. (Über einen Fall von Hirschsprungscher Krankheit.) Schweizer Rundschau f. Med., 1913, Bd. XIII, S. 540.

Hermann Flesch. Diverticulum oberhalb einer narbigen Ösophagusstenose. Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVIII, S. 83.

Russell S. Fowler. Appendicitis in childhood. (Blinddarmentzündung bei Kindern.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1912, Bd. IV, S. 97.

Ludwig Frank. Zur Diagnostik der Hirschsprungschen Krankheit. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1913, Bd. XXVI, S. 39.

P. Fredet. Sténose du pylore par hypertrophie musculaire chez un nourrisson. Présentation d'un enfant opéré en 1907. (Pylorusstenose durch muskuläre Hypertrophie bei einem Säugling. Demonstration eines im Jahre 1907 operierten Kindes.) Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1912, Bd. XXVIII, S. 789.

P. Fredet und **L. Tixier.** Sténose hypertrophique du pylore chez un nourrisson, gastro-entérostomie à l'age de treize jours. Guérison. (Hypertrophische Pylorusstenose bei einem Säugling, Gastroenterostomie im Alter von 13 Tagen, Heilung.) Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1912, Bd. XXVIII, S. 868.

A. J. Gardies. Recherches sur l'ectasie congénitale des nourrissons (gros ventre). Thèse de Paris, 1912, Nr. 26.

Ch. Garin. Le rôle du trichocéphale dans la pathologie de l'intestin. (Die Rolle des Trichozephalus in der Darmpathologie.) Gaz. des hôp., 1912, Bd. LXXXV, S. 1651.

Karl Gläßner und **Sigmund Kreuzfuchs.** Über den Pyloruspasmus. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 582.

Green. Über Appendizitis im Kindesalter. Allgem. Wiener med. Zeitschrift, Bd. LVIII, S. 13.

John Gröhnberg. Der breite Bandwurm und die Magensaftsekretion. Petersburger med. Wochenschr., 1912, Bd. XXXVII, S. 184.

Alfred F. Heß. Untersuchungen über Pylorospasmus und Pankreasfermente beim Säugling vermittels eines einfachen Duodenalkatheters. Deutsche med. Wochenschr., 1913, XXXIX, S. 412.

B. Hildebrand. Ein Beitrag zur Behandlung der Erkrankung an Oxyuris vermicularis. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 131.

Alfons Hug. Über 100 Fälle von Blinddarmentzündung. Dissertation, Erlangen, 1912 (Auer).

V. Hutinel und **P. Nobécourt.** Des colites aigues chez les enfants. (Akute Kolitis bei Kindern.) Arch. de méd. des enfant., 1913, Bd. XVI, S. 250.

Jan Jefferiss. Undevelopeed large intestine. (Entwicklungshemmung des Dickdarms.) Brit. Med. Journ., 1913, S. 712.

Mac Keehnie. Congenital hypertrophic pyloric stenosis. (Kongenitale hypertrophile Pyloricstenose.) Canadian Med. Assoc. Journ., Juli 1913.

Keefe. Pyloricstenosis in infancy. (Pylorusstenose im Säuglingsalter.) Amer. Journ. Obstetr., Februar 1913.

John W. Keefe. Stenosis of the pylorus in infancy. (Pylorusstenose im Säuglingsalter.) Amer. Journ. of Obstetr., 1913, Bd. LXVII, S. 383.

Kirmisson. Persistance du diverticule de Meckel ouvert à l'ombilic. (Persistenz eines am Nabel offen mündenden Meckelschen Divertikels.) La Pathol. infant., 1912, Bd. IX, S. 130.

M. Konopacki. Über einen Fall von angeborenem partiellen Speiseröhrendefekt (Atresia oesophagi) als Beitrag zur Entwicklung der Luftröhre beim Menschen. Zentralbl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat., 1912, Bd. XXIII, S. 386.

Henry Koplik. Spasm of the pylorus and congenital pyloric stenosis. (Pylorospasmus und kongenitale Pylorusstenose.) New York Med. Journ., 1913, Bd. LXXXXVII, S. 57.

Maynard Ladd. Gastric motility in infants as shown by the Roentgen ray. (Radiologische Untersuchungen über Magenmotilität beim Säugling.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. V, S. 345.

W. E. Ladd. Progress in the diagnosis and treatment of intussusception. (Fortschritte in Diagnose und Behandlung der Intussuszeption.) Boston Med. and Surg. Journ., 1913, Bd. CLXVIII, S. 542.

Ch. Laubry. De la pathogénic de la sténose pylorique du nourrisson. (Über die Pathogenese der Pylorusstenose im Säuglingsalter.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1913, Bd. XXXV, S. 46.

C. Henry Lefcoe. Case of pyloric stenosis under medical care. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 597.

Leven. Etude radioscopique de l'estomac du nourrisson. (Röntgenologische Studien über die Tätigkeit des Säuglingsmagens.) La Revue Belge de puériculture, 1912, Bd. I, S. 187.

Ralph Major. Röntgenologische Beobachtungen am Säuglingsmagen. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VIII, S. 340.

Albert Mathieu. Les colites aigues chez l'adulte et chez l'enfant. Réflexions à propos des rapports de M. Cade et Mrs. Hutinel et Nobécourt. (Die akute Kolitis beim Erwachsenen und beim Kind. Bemerkungen zu den Berichten von Cade sowie Hutinel und Nobécourt.) Arch. d. mal. de l'appar. dig. et de la nutr., 1913, Bd. VII, S. 159.

Ernst Mayerhofer und **E. Rach.** Ein Fall von Pylorospasmus im Säuglingsalter. Mitteilungen der Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilk., Wien, 1913, Bd. XII, S. 113.

Rutherford Morison. Rétrécissement congénital de la partie inférieure de l'oesophage. Cas traité par la gastrostomie suivie de la dilatation du rétrécissement à l'aide de l'oesophagoscope. (Kongenitale Stenose des unteren Teiles des Ösophagus. Ein Fall behandelt mit Gastrostomie und nachfolgender Dilatation der Stenose mit Hilfe des Ösophagoskops.) La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 257.

John Morton. Notes on case of stricture of the oesophagus. The Glasgow Med. Journ., Oktober 1912.

Alb. Müller. Über Askariden und Askariasis. Schweizer Rundschau f. Med., 1913, Bd. XIII, S. 497.

W. W. Murphy. Helmithiasis in children. (Helmithiasis bei Kindern.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1912, Bd. IV, S. 379.

Nageotte-Wilbouchewitch. L'appendicite chez les tout petits. Opération chez un enfant de 16 mois. (Appendizitis bei den ganz kleinen. Operation bei einem 16monatigen Kinde.) Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1913, Nr. 5, S. 229.

Alfredo Navarro. Sur le mégacôlon. (Über das Megakolon.) Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris, 1913, Bd. XXXIX, S. 444.

B. Nieto und **D. Prat.** Oclusion intestinal por diverticulo de Meckel. (Darmokklusion durch Meckelsches Divertikel.) Rev. de los Hospitalis, Montevideo, September 1912.

Ombrédanne. Traitement de l'appendicite. Bull. de la soc. de pédiatr. de Paris, 1913, Nr. 5, S. 236.

Sidney Phillips. A fatal case of wide-spread ulceration limited to the small intestine. (Ein tödlicher Fall von weit ausgebreiteten Darmulzerationen, ausschließlich im Bereich des Dünndarmes.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1913, Bd. X, S. 154.

Maurizio Pincherle. Di alcune poco note lesioni del dorso della lingua nella prima infanzia. (Über einige wenig bekannte Veränderungen des Zungenrückens in der ersten Kindheit.) Riv. di clin pediatr., 1913, Bd. XI, S. 20.

Pironneau. Sur la sténose hypertrophique du pylore. La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 419.

Kr. Poulsen. Multiple mesenteriale Chyluszysten bei einem 7jährigen Mädchen. Volvulus mit Darmperforation und diffuser Peritonitis. Resectio ilei. Heilung. Arch. f. klin. Chir., 1913, Bd. CI, S. 139.

B. Przewalsky. Die Maximaldehnung des Mastdarms als ein sehr frühes Symptom bei Appendizitis acuta septica. Zentralbl. f. Chir., 1912, Bd. XXXIX, S. 845.

Francis Reder. A sign of diagnostic value in obscure cases of chronic appendicitis elicited by rectal palpation. (Ein diagnostisches Zeichen bei der Rektalpalpation in unklaren Appendizitisfällen.) Internat. Clin., 1913, Bd. XXIII, S, 13.

Puckett. Intestinal diseases of children. (Darmerkrankungen der Kinder.) Oklahoma State Med. Assoc. Journ., Januar 1913.

Redmond. Intestinal toxemia of childhood. (Intestinale Toxämie im Kindesalter.) Kentucky Med. Journ., Juli 1913.

Rheindorf. Die Wurmfortsatzentzündung ex oxyure. Med. Klin., 1913, Bd. IX, S. 53, 96, 133 u. 177.

Ribadeau-Dumas und **Boncompain.** Etude clinique et thérapeutique de la sténose du pylore avec hypertrophie musculaire chez le nourrisson. (Klinische und therapeutische Studie über die Pylorusstenose mit Muskelhypertrophie beim Säugling.) La Progrès méd., 1912, Bd. XL, S. 584.

Wilh. Ruland. Ein Fall von Darmverschluß durch Askariden. Therapie d. Gegenw., 1913, Bd. LIV, S. 119.

Savariaud. Le diagnostic précoce de l'appendicite aigue chez l'enfant. (Die Frühdiagnose der akuten Appendizitis im Kindesalter.) Méd. infant., 1913, Bd. XXI, S. 73.

— Prognostic et traitement de l'appendicite aigue au début de la crise. Bull. de la soc. de pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 4, S. 219.

P. Schneider. Ein Fall von rezidivierender akuter Dünndarminvagination Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVIII, S. 297.

J. Garland Sherrill. Appendicitis in children. Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 433.

Scudder. Stenosis of the pylorus in infancy. (Pylorusstenose im Säuglingsalter.) Illinois Med. Journ., Juli 1913. Wachenheim.

Carl Springer. Die Maximaldehnung des Mastdarmes als ein sehr frühes Symptom bei Appendicitis acuta septica. Zentralbl. f. Chir., 1912, Bd. XXXIX, S. 1051.

Victor Veau. Enorme prolapsus du rectum chez un enfant de 15 mois guéri très facilement par le cerclage de l'anus. Bull. de la soc. de pédiatr. de Paris, 1913, Nr. 4, S. 222.

H. C. van den Vrijhoef. Ein Fall von Hirschsprungscher Krankheit. Wiener klin. Wochenschr., 1913, Bd. XXVI, S. 1309.

Wilhelm Weber. Über einen weiteren Fall von Atresie des Duodenums. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 411.

Werner. Some very acute cases of appendicitis in childhood. (Perakute Appendizitis im Kindesalter.) Journ. Lancet, 15. April 1913.

Max Zarfl. Leichenbefund bei einem Falle von Hirschsprungscher Krankheit. Mitteilungen der Ges. f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 138.

Leber und Gallenwege.

Cany. Un cas probable de cirrhose hypertrophique alcoolique chez une fillette de 14 ans. (Ein wahrscheinlicher Fall von hypertrophischer alkoholischer Zirrhose bei einem 14jährigen Mädchen.) La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 264.

Pedro de Elizalde. Abcesos hepaticos de la infancia. Rev. de la Soc. med. Argentina, September-Oktober 1912.

S. Elperin. Ein Fall von angeborenem Defekt des Ductus choledochus aus mechanischer Ursache. Frankfurter Zeitschr. f. Pathol., 1913, Bd. XII, S. 25.

Leonhard Guthrie. Epidemic jaundice. (Epidemischer Ikterus.) Brit. Med. Journ., 1912, Nr. 2709, S. 1549.

G. Idzumi. Über einen Fall von primärem Leberkarzinom im Säuglingsalter. Arch. f. klin. Chir., 1913, Bd. C, S. 1181.

Martha Kassel. Über Leberzirrhose unter Beifügung eines Falles von hypertrophischer Leberzirrhose im Kindesalter. Dissertation, Leipzig, 1912 (Edelmann).

A. v. Khautz. Cholelithiasis und Cholezystitis im Kindesalter und ihre Behandlung. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1913, Bd. XVI, S. 545.

Ch. Lenormant. L'ascaridiase des voies biliaires. (Askaridiasis der Gallenwege.) La Presse méd., 1913, Nr. 49, S. 488.

Lepetit. Abscès du foie post-appendiculaire. (Postappendikulärer Leberabszeß.) Rev. de chir., 1912, Bd. XXXII, S. 758.

Franz Luekseh. Demonstration des Präparates einer Leber eines zehnwöchigen Kindes. Prager med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXVIII, S. 184.

Edmund Maliwa. Der kongenitale familiäre Ikterus. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 154.

I. Matko. Über das Verhalten des Duodenalinhalts bei Icterus catarrhalis und Ulcus duodeni. Mitteil. d. Ges. f. innere Med. u. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 150.

H. Mauban. Quelques réactions intestinales dans l'insuffisance hépatique légère chez les enfants. (Darmstörungen bei Kindern als Folge von leichten Leberstörungen.) Gaz. des hôp., 1913, Bd. LXXXVI, S. 230.

Albert Niemann. Über Icterus simplex und seine Behandlung beim Kinde. Med. Klinik, 1912, Bd. VIII, S. 1624.

Jacques Parisot und **Heully.** Effets de la radiothérapie splénique dans l'ictère hémolytique congénital. (Wirkung der Milzbestrahlung beim angeborenen hämolytischen Ikterus.) Rev. méd. de l'est., 1913, Bd. XL, S. 187.

Ernst Paulsen. Cholelithiasis beim Säugling. Dissertation, Kiel, 1913 (Fiencke).

F. J. Poynton. Some cases of jaundice in childhood. (Einige Fälle von Gelbsucht im Kindesalter.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1913, Bd. X, S. 145.

Charles Randolph. Epidemic jaundice. (Epidemischer Ikterus.) Brit. Med. Journ., 1912, Nr. 2709, S. 1547.

O. Roth. Der angeborene hämolytische Ikterus. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1913, Bd. XLIII, S. 689.

Ferdinand Schotten. Über kongenitalen Defekt der Gallenausführungsgänge. Mitteil. a. d. Hamburg. Staatskrankenanstalt, 1913, Bd. XIV, S. 1.

R. Tolda. Über einen Fall von großer kongenitaler sanduhrförmiger Gallenblase. Arch. f. klin. Chir., 1913, Bd. C, S. 1188.

Ferrussio Vanzetti. Contributo alla conoscenza delle atresie congenite delle vie biliari. (Beitrag zur Kenntnis der kongenitalen Atresien der Gallenwege.) Arch. p. le scienze med., 1913, Bd. XXXVII, S. 1.

Pankreas.

S. Bondi und **H. Salomon.** Zur Beurteilung der Pankreassaftsekretion. Mitteil. d. Ges. f. innere Med. u. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 156.

J. Eason. Two cases of pancreating infantilism. (Zwei Fälle von pankreatischem Infantilismus.) Brit. med. Journ., 1913, Nr. 2735, S. 1162.

W. L. Goldie. Pancreatitis with jaundice in the infections diseases. (Pankreatitis mit Gelbsucht im Verlauf von Infektionskrankheiten. Lancet, 1912, Bd. CLXXXIII, S. 1295.

Milz.

Franco Cattoretti. Sulla splenomegalia con cirrosi del fegato. (Contributo alla casistica ed allo studio del morbo di Banti con revisione critica in particolare delle pubblicazioni comparse fuori d'Italia dopo il lavoro riassuntivo di G. Banti dell' anno 1910.) (Über Splenomegalie bei Leberzirrhose. Beitrag zur Kasuistik und zum Studium des Morbus Banti mit kritischer Übersicht.) Sperimentale, 1913, Bd. LXVII, S. 25.

A. Hayashi. Über das Verhalten der Gitterfasern in der Rachitismilz. Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVIII, S. 196.

F. S. Mandelbaum. A contribution to the pathology of primary splenomegaly (Gaucher type), with the report of an autopsy on a male child four and on half years of age. (Beitrag zur Pathologie der primären Splenomegalie (Typus Gaucher) mit einem Autopsiebericht über einen viereinhalb Jahre alten Knaben.) Journ. of Exper. Med., 1912, Bd. XVI, S. 797.

Urogenitalsystem.

Lewellys F. Barker und **W. L. Estes.** Family hematoporphyrinuria and its association with chronic gastro-duodenal dilatation, peculiar fits and acute polyneuritis. (Familiäre Hämatoporphyrinurie bei gleichzeitigem Bestehen von gastro-duodenaler Erweiterung, eigenartigen Krampfanfällen und akuter Polyneuritis.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 718.

H. Murray Baß und **H. Weßler.** Heart size and heart function in children showing orthostatic albuminuria: an orthodiagraphic study. (Lage und Funktion des Herzens bei Kindern mit orthostatischer Albuminurie.) Arch. of internat. Med., 1913, Bd. XI, S. 403.

J. W. van Bisselick. Twee congenitale nierafwykingen. (Zwei kongenitale Nierenanomalien.) Nederl. Tijdschrift v. Geneeskunde, 1913, Bd. II, S. 474.

Frank van der Bogert. Congenital hydronephrosis, with aplasie of the ureter. (Angeborene Hydronephrose mit Aplasie des Ureters. Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 764.

— Enuresis and chronic digestive disturbances. (Enuresis und chronische Verdauungsstörungen.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 546.

— The value of urinary examination in infants. (Wert der Harnuntersuchungen bei Kindern.) New York State Journ. of Med., 1912, Bd. XII, S. 76.

Carozzi. Polipi multipli della vescica in bambini. (Multiple Blasenpolypen bei Kindern.) Riv. di clin. pediat., 1912, Bd. X, S. 803.

Adalbert Czerny. Über zyklische Albuminurie. Reichs-Medizinal-Anzeiger, 1913, Bd. XXXVIII, S. 97.

Arthur Dienst. Über den Bau und die Histogenese der angeborenen Nierengeschwülste. Zeitschr. f. gynäkol. Urologie, 1913, Bd. IV, S. 45.

Karl Dietl. Zur Pathologie der lordotischen Albuminurie. Wiener klin. Wochenschr., 1913, Bd. XXVI, S. 258.

Henri Dufour und **Nuller.** Sur une singulière albuminurie clinostatique. Über eine seltene orthostatische Albuminurie. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 5, S. 271.

Paul Erdélyi. Über die Ausscheidung der stickstoffhaltigen Stoffwechselprodukte bei Nephritis und über die intravenöse Anwendung der Diuretika. Deutsches Archiv f. klin. Med., 1913, Bd. CIX, S. 209.

E. Etienne. Tumeur épithéliale maligne du testicule à formations multiples chez un enfant de 3 ans ½. (Maligner epithelialer Tumor des Hodens bei einem Kinde von $3^1/_2$ Jahren.) Soc. anat., Paris, 25. April 1913.

Etienne und **Aimes.** Cancer de l'ovaire chez une fillette de 8 ans ½. (Ovarialkarzinom bei einem Mädchen von $8^1/_2$ Jahren.) Soc. des Scienc. méd. de Montpellier, 11. April 1913.

Ferguson. Surgical treatment of stone in the bladder in children. (Chirurgische Behandlung des Blasensteins bei Kindern.) South Carolina Med. Assoc. Journ., Februar 1913.

Aladár Fischer. Über die chirurgische Behandlung der Ectopia testis. Beiträge z. klin. Chir., 1913, Bd. LXXXIV, S. 106.

Erich Fritsche. Zur Frage der Incontentia urinae. Dissertation, Freiburg, 1912 (Wagner).

A. Gasbarrini. Ricerche sull' „albuminuria lorditica". (Untersuchungen über lordotische Albuminurie.) Clin. med. ital., 1912, Bd. LI, S. 605.

Gaujoux. Contribution à l'étude de l'origine rénale de certaines hémoglobinuries chez l'enfant. (Beitrag zum Studium des renalen Ursprungs gewisser Hämoglobinurien beim Kinde.) Ann. de méd. et chir. infant., 1913, Bd. XVII, S. 237.

Grussendorf. Über Erfahrungen mit der Blasennaht beim hohen Steinschnitt an Kindern. Münchener med. Wochenschr., 1912, Bd. LIX, S. 2806.

F. A. L. Hammond. Prolapse of female urethra in a young child. (Vorfall der weiblichen Urethra bei einem jungen Kinde.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXIII, S. 1584.

Hanns. Deux cas d'albiminurie intermittente. (Zwei Fälle von intermittierender Albuminurie.) Rev. méd. de l'est, 1913, Bd. XLV, S. 81.

E. Heinecke. Über angeborene Stenosen der Pars posterior der Harnröhre. Zeitschr. f. Urol., 1913, Bd. VII, S. 22.

Hartwig Hoppe. Die kongenital dystope Niere. Eine Literaturstudie nebst Mitteilung eines neuen Falles beiderseitiger Dystopie ohne Verwachsung. Rostock, Sitzungsberichte, naturforsch. Gesellsch. N. F., 1912, Bd. IV, S. 207.

L. Jehle. Über die Wirkung neuer Korrektionsversuche der Wirbelsäule bei der orthotischen Albuminurie. Wiener klin. Wochenschr., 1913, Bd. XXVI, S. 324.

L. Miller Kahn. Congenital stricture of the ureter, producing pyonephrose; nephrectomy. (Angeborene Striktur des Ureters mit folgender Pyonephrose; Nephrektomie.) Med. Record., 1912, Bd. LXXXII, S. 895.

E. Kirmisson. Volumineux kyste multiloculaire de l'ovaire chez une fille de quinze ans. (Voluminöse multilokuläre Zyste bei einem 15jährigen Mädchen.) Le Bull. méd., 1913, Nr. 7, S. 71.

Wilhelm Klauhammer. Über Ovarialtumoren bei Kindern. Dissertation, Jena, 1912 (A. Kämpfe).

J. H. Mason Knox und **T. P. Sprunt.** Congenital obstruction of the posterior urethra; report of a case in a boy aged five years. (Kongenitale Stenose der Urethra posterior; Bericht eines Falles bei einem 5jährigen Knaben.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1912, Bd. IV, S. 137.

H. Kodama und **N. Krasnogorski.** Bakteriologische Befunde bei Erkrankungen der extrarenalen Harnwege bei Kindern und Erwachsenen. Zentralbl. f. Bakteriol., 1913, Bd. LXIX, S. 8.

Elisabeth Krösnig. Vaginalblutung beim Säugling. Klin.-therap. Wochenschr., 1912, Bd. XIX, S. 930.

Frederick Langmead. The relationship of the thyroid gland to alimentary toxaemia. (Die Beziehung der Schilddrüse zur alimentären Toxämie.) Lancet, 1913, Bd. CLXXXIV, S. 1370.

A. Lesage und **Girault.** Sarcome de l'ovaire chez le nourrisson. (Ovarialsarkom beim Säugling.) Arch. de méd. des enfant., 1913, Bd. XVI. S. 207.

Salvatore Maggiore. Contributo clinico e anatomo-patologico allo studio delle pielocistiti infantili. (Klinischer und anatomo-pathologischer Beitrag zum Studium der kindlichen Pyelozystitis.) La Pediatria, 1913, Bd. XI. S. 501.

Adolf H. Meyer. Erfahrungen über Pyurie bei Kindern. Ugeskr. f. Laegev., 1912, Bd. LXXIV, S. 889.

Matthias Nicoll und **M. A. Wilson.** General gonococcus infection in a male child without evidence of urethritis. (Blennorrhoische Allgemeininfektion bei einem Knaben ohne Urethritis.) Journ. of infect. Dis., 1913, Bd. XII, S. 52.

Nobécourt und **Maillet.** La forme somnolente de l'azotémie du nourrisson, son diagnostic avec la méningite tuberculeuse. (Die mit Somnolenz einhergehenden Urämien beim Säugling. Ihre Differentialdiagnose gegen die tuberkulöse Meningitis.) Méd. infant., 1913, Bd. XVII. S. 1.

Robert Ollerenshaw. Renal calculus in childhood. With a report of two successfull cases of nephro-lithotomy in young children. (Nierensteine im Kindesalter. Bericht über zwei erfolgreiche Nephro-Lithotomien an kleinen Kindern.) Brit. Med. Journ., 1913, Nr. 2716, S. 112.

L. Ombrédanne. L'orchite aiguë primitive. (Primitive akute Orchitis.) La Presse méd., 1913, Nr. 59, S. 595.

Sarella Perl. Über Urobilinurie. Dissertation, Berlin, 1912 (Ebering).

Ernst Peters. Über die eitrigen Erkrankungen der Harnwege im Verlauf von Ernährungsstörungen im Säuglingsalter. Dissertation, Leipzig, 1912 (R. Noske).

C. Pollini. Sull' istogenesi delle nefriti parenchimatose. (Über die Histogenese der parenchymatösen Nephritis.) Riv. di clin. pediat., 1912, Bd. X, S. 802.

Giovanni Raffaelli. Un caso di menstruazione precoce. (Fall von menstruatio praecox.) L'Ospedale dei Bambini di Milano, Jänner 1912.

Marie René und **Roucèche.** Hémoglobinurie chez un enfant. Injection de sérum antidiphtérique. Guérison. (Hämoglobinurie bei einem Kind. Injektionen von Diphtherieheilserum. Heilung.) Paris méd., 1913, S. 246, Ann. de méd. et chir. infant., 1913, Bd. XVII, S. 240.

Schlioma Roismann. Ausdehnung der kindlichen Harnblase mit gleichzeitigem Aszites als Geburtshindernis. Dissertation, Berlin, 1912 (Blanke).

Elisabeth Schiff. Über das Schicksal nierenkranker und albuminurischer Kinder. Dissertation, Heidelberg, 1912 (Schaar & Dathe).

Richard M. Smith. Recent contribution to the study of pyelitis in infancy. (Neue Beiträge zum Studium der Pyelitis im Kindesalter.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. V, S. 273.

Edith Rogers Spaulding. Vulvovaginitis in children. (Vulvovaginitis im Kindesalter.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. V, S. 248.

Thibierge. Un cas d'ulcérations chancriformes de la vulve chez un enfant de trois ans. (Ein Fall von schankerartiger Ulzeration der Vulva bei einem 3jährigen Mädchen.) Ann. d'hyg. publ., 1912, Bd. XVII. S. 370.

Anton Weiser. Ein Fall von kongenitaler Dilatation der Blase, der Ureteren und des Nierenbeckens mit Zystenniere. Dissertation, Bonn, 1912 (Georgi).

Weith und **Scholder.** Albuminurie et lordose. (Albuminurie und Lordose.) Rev. méd. de la Suisse romande, 1912, Bd. XXXII, S. 765.

– L'albuminurie lordotique dans les écoles de Lausanne. (Die lordotische Albuminurie in den Schulen von Lausanne.) Schweizer Rundschau f. Med., 1913, Bd. XIII, S. 697.

Karl Ruprecht Wilckens. Zur Frage der kongenitalen Stenosen der männlichen Harnröhre. Dissertation, Heidelberg, 1912 (Thieme, Leipzig).

Bewegungsapparat.

K. Bamberg und **K. Huldschinsky.** Über angeborene Knochenbrüchigkeit. Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVIII, Ergänzungsheft, S. 214.

F. E. Batten und **Gordon Holmes.** Progressive spinal muscular atrophy of infants. (Werdnig-Hoffmann type.) (Progressive spinale Muskelatrophie der Kinder — Typus Werdnig-Hoffmann.) Brain, 1912, Bd. XXXV, S. 38.

Rosa Berkowitz. Rheumatismus nodosus im Kindesalter. Dissertation, München, 1912 (Druck der Union).

J. Braquehaye, M. Adda und **A. Bruch.** Disjonction traumatique de la symphyse sacro-iliaque droite chez une fillette de vingt et un mois. Guérison. (Traumatische Trennung der rechten Symphyse sacro-iliaca bei einem Mädchen von 21 Monaten. Heilung.) Arch. de méd. des enfant., 1913, Bd. XVI, S. 369.

Crouzon. Dysostose cranio-faciale héréditaire. Contribution au chapitre des dystrophies craniofaciales localisées. (Hereditäre kranio-faziale Dysostose. Beitrag zur Frage der kranio-fazialen lokalisierten Dystrophien.) La Presse méd., 1912, Bd. XX, S. 737.

A. Dunoyer. De certaines contractures tétaniformes chez l'enfant nouveau-né. (Tetanieforme Kontrakturen beim Neugeborenen.) Thèse de Paris, 1912, Nr. 24.

K. Feri. Ein Fall von Paramyoclonus multiplex (Friedreich). Mitteil. d. Gesellsch. f. innere Med. u. Kinderheilk., Wien, 1913, Bd. XII, S. 58.

René Flevez. Myatonie des nourrissons ou maladie d'Oppenheim. (Myatonie der Säuglinge oder Oppenheimsche Krankheit.) Scalpel et Liège méd., 1913, Bd. LXV, S. 568.

Vincenzo Fragale. Un caso di osteoartropatia ipertrofica pneumica di P. Marie in un bambino di 4 anni. (Ein Fall hypertrophischer pneumonischer Osteoartropathie von Pierre Marie bei einem 4jährigen Kinde.) Gaz. internaz. di med. chir., 1913, S. 54.

J. C. Gittings und **Ralph Pemberton.** Metabolic observations on amyotonia congenita. (Stoffwechseluntersuchungen bei Myatonia congenita.) Amer. Journ. of the Med. Scienc., 1912, Bd. CXLIV, S. 732.

S. Goto. Pathologisch-anatomische und klinische Studien über die sogenannte Myositis ossificans progressiva multiplex. (Hyperplasia facialis ossificans progressiva.) Arch. f. klin. Chir., 1913, Bd. C, S. 730.

L. Kaumheimer. Zur Pathologie und Klinik der Myatonia congenita (Oppenheim). Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVIII, S. 170, Ergänzungsheft.

L. Parsons und **Douglas Stanley.** Progressive spinal muscular atrophy of young children. Werdnig-Hoffmann type. Report of a case, with pathological examination. (Progressive spinale Muskelatrophie junger Kinder, Werdnig-Hoffmann. Bericht über einen Fall mit pathol.-anatomischem Befund.) Brain, 1912, Bd. XXXV, S. 50.

J. A. Phélip. Étude clinique des résultats éloignées de l'ostéomyélite des os longs chez l'enfant et l'adolescent. (Klinische Studie über die Spätresultate der Osteomyelitis der langen Knochen beim Kinde und beim Jugendlichen.) Thèse de Paris, 1912, Nr. 320.

C. Sarfels. Die Störungen des Bewegungsapparates im Kindesalter. Petersburger med. Wochenschr., 1912, Bd. XXXVII, S. 121.

Walther Uhlmann. Pneumokokkenerkrankungen der Knochen und Gelenke im Kindesalter. Dissertation, Heidelberg, 1912 (Hörning).

Erziehung.

A. Conta-Kernbach. L'effort volontaire dans l'éducation intellectuelle. (Die Willensanstrengung in der geistigen Erziehung.) Internat. Arch. f. Schulhyg., 1912, Bd. VIII, S. 238.

Van Vorst. Suitable amusements for the growing child. (Die Unterhaltung des Kindes.) New York Med. Journ., 12. April 1913.

Neurologie und Psychiatrie.

Adeline. Contribution à l'étude de la maladie de Little. (Beitrag zum Studium der Littleschen Krankheit.) Thèse de Paris, März 1913.

D. Anglade. Idiotie amaurotique familiale. (Amaurotische familiäre Idiotie.) Gaz. hebdom. de scienc. méd. de Bordeaux, 1913, Bd. XXXIV, S. 152.

Archambault und **Baldauf.** The pathogeny of the spastic rigidity of childhood. (Pathogenese der Spastizität des Kindesalters.) Kentucky Med. Journ., 15. Juli 1913.

Azéma und **Pla.** Méningite cérébrospinale à forme ambulatoire chez une jeune enfant. Soc. d'obstétr. et de gynécol. de Toulouse, November 1912.

L. Babonneix. A propos de la communication de M. Milian sur l'origine syphilitique de la chorée. (Zur Mitteilung Milians über den syphilitischen Ursprung der Chorea.) Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1912, Bd. XXVIII, S. 671.

Hans Barkan. Zur Frage der infantilen und juvenilen Tabes. Wiener klin. Wochenschr., 1913, Bd. XXVI, S. 417.

Hans Berger. Über zwei Fälle der juvenilen Form der familiären amaurotischen Idiotie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, 1913, Bd. XV, S. 435.

K. Biesalski. Die spastische Lähmung im Kindesalter und ihre Behandlung. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 699.

W. Birk. Die Prognose der Kinderkrämpfe. Zeitschr. f. ärztliche Fortbildung, 1912, Bd. IX, S. 338.

Charles W. Burr. The neuroses of childhood. (Neurosen im Kindesalter.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 416.

Sebastiano Cannata. Su tre casi di emiplegia spastica infantile di natura tuberculare. (Über drei Fälle infantiler spastischer Hemiplegie tuberkulöser Natur.) Gaz. internaz. di med. chir., 1913, S. 31.

Chaslin und **Anna Delage.** Paralysie pseudo-bulbaire congenitale avec diplégie chez une enfant arriérée, infantile et épileptique. (Kongenitale Pseudobulbärparalyse mit Diplegie bei einem schwachsinnigen, infantilen und epileptischen Kinde.) L'encéphale, 1913, Bd. VIII, S. 72.

Chevron. Deux cas de chorée chez les enfants hérédo-syphilitiques. (Zwei Fälle von Chorea bei heredo-syphilitischen Kindern.) Soc. méd. des hôp., Paris, 4. April 1913.

L. Pierre Clark. Infantile cerebro-cerebellar diplegia, of flaccid, atonic astasic type. (Infantile cerebro-cerebellare Diplegie von schlaffem, atonisch-astatischem Typus.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. V, S. 425.

André Collin. Incontinence nocture d'urine d'origine gastro-hépatique. (Enuresis nocturna auf Grund von Ernährungsstörung.) Journ. d'urol. méd. et chir., 1913, Bd. III, S. 35.

Isador H. Coriat. Amaurotic family idiocy. (Amaurotische familiäre Idiotie.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 404.

René Cruchet. Diagnostic pratique de l'hystérie (spécialement chez l'enfant). (Diagnose der Hysterie beim Kind.) Pathol. infant., 1912, Bd. IX, S. 165.

Deléarde und **Valette.** Contribution à l'étude de la théorie organique de la chorée de Sydenham. (Beitrag zum Studium der Theorie der Sydenhamschen Chorea.) Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 481.

Adolfo Dellepiane. Contributo di ricerche allo studio patogenetico della epilessia. (Zur Pathogenese der Epilepsie.) La riv. med., 1912, Bd. XXVIII, S. 1266.

Ducroquet. Une étude clinique et thérapeutique de la paralysie infantile des muscles du pied. (Klinische und therapeutische Studie über die kindliche Fußmuskellähmung.) Rev. de chir., 1912, Bd. XXXII, S. 772.

H. Dufour. Sur les états méningés curables. (Über heilbare meningeale Zustände.) Bull. et mém. de la Soc. méd. de hôp. de Paris, 1912, Bd. XXVIII, S. 677.

Eckert. Die pharmakologische Prüfung des vegetativen Nervensystems im Kindesalter. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VII, S. 41.

Rudolf Finkelnburg. Partielle Rindenatrophie und intakte Pyramidenbahn in einem Fall von kongenitaler spastischer Paraplegie (Little). Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 1913, Bd. XLVI, S. 163.

Charles H. Frazier und **Charles K. Mills.** Intradural root anastomosis for the relief of paralysis of the bladder and the application of the same method in other paralytic affections. (Intradurale Wurzelanastomose zur Heilung der Blasenlähmung und die Anwendung des gleichen Prinzips auf andere Lähmungszustände.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 2202.

E. Gatz-Emanuel. Zwei Fälle von infantiler familiärer spinaler Muskelatrophie. (Werdnig-Hoffmanscher Typus). Neurol. Zentralbl., 1912, Bd. XXXI, S. 1010.

Nic. Gierlich. Über Form und Wesen der infantilen hemiplegischen Lähmung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1912, Bd. XI, S. 153.

E. W. Goodalle. Hypersensitiveness. (Überempfindlichkeit.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1912, Bd. IX, S. 433.

Arturo Gorrieri. Hämatologische Untersuchungen über die Epilepsie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1913, Bd. XV, S. 443.

Cregg. Infantile beriberi in the Philippines. (Infantile Beriberi in den Philippinen.) Boston Med. and Surg. Journ., 8. Mai 1913.

Franz Hamburger. Über den Mechanismus psychogener Erkrankungen bei Kindern. Wiener klin. Wochenschr., 1912, Bd. XXV, S. 1773.

– Über psychische Behandlung im Kindesalter. Wiener klin. Wochenschrift, 1913, Bd. XXVI, S. 281.

Francis Harbitz. Familiäre amaurotische Idiotie. Arch. f. Augenheilk., 1913, Bd. LXXIII, S. 140.

M. Haushalter. Démence épileptique infantile. (Kindliche Dementia bei Epilepsie.) Rev. méd. de l'est., 1913, Bd. XL, S. 179.

Arthur F. Hertz und **W. Johnson.** Case of poliencephalo-myelitis associated with optic neuritis, nephritis and myocarditis. (Ein Fall von Polioencephalomyelitis mit Neuritis optica, Nephritis und Myocarditis.) Proceed. of the r. Soc. of Med., London 6, Clin. sect., 1912, S. 90.

Paul Hoff. Zur Differentialdiagnose der Polyneuritis und Poliomyelitis besonders über den Wert der Lumbalpunktion bei derselben. Dissertation, Bonn, 1912 (Trapp).

G. Jörgensen. Ein Fall von infantiler Hysterie. Ugeskr. f. Laegev., 1912, Bd. LXXIV, S. 581.
E. Kehrer. Die geburtshilflich-gynäkologische Bedeutung der Tetanie. Arch. f. Gynäkol., 1913, Bd. IC, S. 372.
Kj. O. af Klercker. Über Salaamkrämpfe bei Kindern. Hygiea, 1912, Bd. LXXIV, S. 685.
Bruno Künne. Die Kombination der „angeborenen" Luxation des Radiusköpfchens mit der Littleschen Krankheit. Zeitschr. f. orthop. Chir., 1913, Bd. XXXI, S. 138.
— Die Littlesche Krankheit. Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 603.
Friedrich Lang. Beitrag zur Lehre der Psychosen nach akuten Infektionskrankheiten; Psychose nach Erysipel. Dissertation, Kiel, 1912 (Kästner, Göttingen).
A. Laqueur. Die Anwendung des Wasserheilverfahrens bei den verschiedenen Formen von Lähmungen im Kindesalter. Zeitschr. f. Krüppelfürsorge, 1912, Bd. V, S. 281.
C. Leuriaux. La chorée grave et le 606. (Schwere Chorea und Salvarsan. La Pathol. infant., 1912, Bd. IX, S. 205.
Little. Unusual cerebral symptoms in a child of 10 years. (Ungewöhnliche Hirnsymptome bei einem 10jährigen Kinde.) Oklahoma State Med. Assoc. Journ., April 1913.
James Hendrie Lloyd. Epilepsy in childhood. (Epilepsie im Kindesalter.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 432.
Enrico Mensi. Sull' anatomia patologica della miatonia congenita di Oppenheim. (Über die pathologische Anatomie der Myatonia congenita Oppenheim.) Riv. di clin. pediat., 1912, Bd. X, S. 527.
Milian. La nature syphilitique de la chorée de Sydenham. (Die syphilitische Natur der Sydenhamschen Chorea.) Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1912, Bd. XXVIII, S. 628.
Naville. De la paralysie générale chez l'enfant. (Von der Allgemeinparalyse beim Kinde.) Rev. méd. de la Suisse romande, 1912, Bd. XXXII, S. 742.
Juan Carlos Navarro. Nodosités rhumatismales chez un enfant atteint de chorée. (Rheumatismus nodosus bei einem choreakranken Kinde.) Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 522.
Arthur Newlin. Dispensary treatment of chorea. (Poliklinische Behandlung der Chorea.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 441.
Edmund Nobel. Ein Fall von tonischen Reflexkrämpfen unbekannter Ätiologie. Mitteil. d. Gesellsch. f. innere Med. u. Kinderheilk., Wien, 1913, Bd. XII, S. 54.
— Zur Kenntnis der Sklerosen im frühen Kindesalter. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1912, Bd. XIII, S. 125.
H. Oppenheim. Fall von Myatonia congenita. Berliner klin. Wochenschrift, 1912, Bd. II, S. 2435.
Hermann Oppenheim. Über klinische Eigentümlichkeiten kongenitaler Hirngeschwülste. Neurol. Zentralbl., 1913, Bd. XXXII, S. 3.
G. Paul-Boncour. Excitabilité psycho-motrice et troubles digestives chez l'enfant. Psychomotorische Erregbarkeit und Digestionsstörungen beim Kind.) Le Progrès méd., 1912, Bd. XL, S. 440.
Pirronneau. Sur les paralysies obstétricales radiculaires. La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 321.
Lewis J. Pollock und **Earl B. Jewell.** Muscle group isolation in the treatment of spasticities and athetoses. (Das Verfahren der Muskelgruppenisolierung zur Behandlung spastischer und athetoider Zustände.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 1711.
Alexander Remus. Die Ätiologie der Chorea minor. Dissertation, Berlin, 1912 (Ebering).
Jules Renault und **P. P. Lévy.** Le signe de kernig et la contracture dans les affections meningées du nourrisson. (Kernigsches Symptom und die Kontraktur bei meningealen Affektionen des Säuglings.) Le Nourrisson, 1913, Bd. I, S. 133.

Edward Antoine Rich. The atrophic form of Little's paralysis. (Die atrophische Form der Littleschen Krankheit.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 175.

O. Rosenberg. Komplette periphere Fazialislähmung bei einem Säugling. Verein f. innere Med. u. Kinderheilk., Berlin, Sitzung vom 28. April 1913.

M. Rosenfeld. Über juvenile Paralyse. Med. Klinik, 1912, Bd. VIII, S. 1784.

Franz Roth. Multiple Kernläsionen infolge eines Herdes (Tuberkel?) im Rautenhirn in der Höhe der Schleifenkreuzung. Mitteil. d. Gesellsch. f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 99.

Roubinowitch. Délire de persécution chez un enfant de 9 ans. (Verfolgungswahn bei einem neunjährigen Kinde.) Soc. de psych., Paris, 19. Juni 1913.

Roubinovitch und **Barbé.** Examen du faisceau pyramidal dans un cas d'épilepsie avec signe de Babinski bilatéral. (Untersuchung des Pyramidenbündels in einem Falle von Epilepsie mit doppelseitigem Babinskischem Phänomen.) Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris, 1913, Bd. LXXXVIII, S. 120.

Paul Schilder. Über Chorea und Athetose. 2. und 3. Mitteilung. Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1912, Bd. XI, S. 25.

E. Schob. Zur pathologischen Anatomie der juvenilen Form der amaurotischen Idiotie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1912, Bd. X, S. 303.

Silberknopf. Ein Fall von kongenitaler zerebraler Hemiplegie. Mitteil. d. Ges. f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 145.

Julian Silvestre. Les vomissements du nourrisson dans les maladies du système nerveux et les troubles névropathiques. (Erbrechen beim Säugling bei Krankheiten des Nervensystems und bei neuropathischen Störungen.) La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 335.

N. Skliar. Zum Wesen der Hysterie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1912, Bd. X, S. 325.

Alexander Skutetzky. Zur Klinik der Myatonia congenita, der sogenannten Thomsenschen Krankheit. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 986.

Stöltzner. Über Kinderkrämpfe und ihre Behandlung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 1912, Bd. IX, S. 295.

Wilhelm Strohmayer. Kinderhysterie mit schweren Störungen der Lage- und Bewegungsempfindungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1912, Bd. X, S. 599.

L. Szametz. Salvarsan bei Chorea minor. Münchener med. Wochenschr., 1912, Bd. LIX, S. 2333.

F. Terrien, L. Babonneix und **Dantrelle.** Atrophie optique postnévritique et atonie musculaire acquise. (Optikusatrophie und erworbene Muskelatonie.) Arch. d'ophthalmol., 1913, Bd. XXXIII, S. 180.

H. H. Tooth. Case of progressive double hemiplegia. (Fall von progressiver doppelseitiger Hemiplegie.) Proceed. of the roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VI, S. 140.

H. Triboulet. A propos de la communication de M. Milian sur la nature syphilitique de la chorée. (Zur Mitteilung über den syphilitischen Ursprung der Chorea.) Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1912, Bd. XXVIII, S. 675.

Triboulet, R. Debré und **Godlewski.** Syndrome spasmophilique accompagnant le développement d'une hydrocéphalie dans le décours d'une encéphalite aiguë. (Spasmophiles Syndrom bei Entwicklung des Hydrozephalus im Verlaufe einer akuten Enzephalitis.) La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 528.

G. Variot. Aphasie congénitale, sans troubles moteurs, ni sensoriels, avec conservation apparente de l'intelligence. (Kongenitale Aphasie ohne motorische oder sensorielle Störungen bei scheinbarer Erhaltung der Intelligenz.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 5, S. 239.

Wallfield. Multiple neuritis in a child. (Multiple Neuritis bei einem Kinde.) New York Med. Journ., 5. April 1913.

T. H. Weisenburg. The choreas of childhood. (Chorea beim Kinde.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 424.

W. Weygandt. Über Infantilismus und Idiotie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1913, Bd. XVII, S. 613.

Tom A. Williams. Hysterical phobia in a child; the principles of the treatment. (Hysterischer Angstzustand bei einem Kind. Die therapeutischen Richtlinien.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1913, Bd. X, S. 156.

Williams. Psychogenic disorders in childhood. (Psychogene Störungen im Kindesalter.) Journ. Abnormal Psychol., Februar 1913.

C. Winkler und **J. van Gilse van West.** Das Gehirn eines amaurotisch-idiotischen Mädchens. Verhandl. d. Kon. Akad. v. Westensch. te Amsterdam, 1913, Bd. XVII, S. 1.

— L'Epilepsie chez les enfants. (Epilepsie beim Kinde.) Rev. générale. Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 617.

— La chorée, maladie organique. (Chorea als organische Krankheit.) Rev. générale. Arch. de méd. de enfants, 1913, Bd. XVI, S. 530.

— Les méningities curables chez les enfants. (Heilbare Meningitis im Kindesalter.) Revue générale. Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 373.

Psychologie und Psychopathologie.

Max Hentschel. Zwei experimentelle Untersuchungen an Kindern aus dem Gebiete der Tonpsychologie. (Beurteilung von musikalischen Intervallen und kleinsten Tonabständen.) Zeitschr. f. angewandte Psychol., 1912/13, Bd. VII, S. 55.

Herman M. Lewis. The Binet-Simon scala for measuring intelligence. (Die Binet-Simonsche Skala zur Intelligenzprüfung.) Internat. Arch. f. Schulhygiene, 1912, Bd. VIII, S. 355.

A. T. Oort. Experimentelle Untersuchung des Gedächtnisses. Psych. en Neurol., Bladen, 1912, S. 469.

Lina Prengel. Beitrag zur geistigen Entwicklung eines 3jährigen Knaben. Zeitschr. f. Kinderforschung, 1913, Bd. XVIII, S. 213 u. 264.

Fr. van Raalte. Zeichnungen von Kindern und ihre Beziehungen zur Psychopathologie. Psych. en Neurol., Bladen 1912, Bd. XVI, S. 623.

Isabel R. Rosanoff und **A. J. Rosanoff.** A study of association in children. (Studie über Assoziation bei Kindern.) Psychol. Rev., 1913, Bd. XX, S. 43.

Schwachbefähigte. Geistige Minderwertigkeit. Heilpädagogik.

K. Basedow. Schulversorgung schwachbefähigter Kinder in ländlichen Gemeinden und kleineren Städten. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1913, Bd. XXVI, Beiheft, S. 82.

Raoul Dupuis. Les enfants arriérés, rapport présenté au congrès pour l'avancement des sciences. Nimes, août 1912. (Die geistig zurückgebliebenen Kinder.) Méd. infant., 1913, Bd. XVII, S. 18.

Eynon. Mental measurement of 400 juvenile delinquents by Binet-Simon system. (Geistige Schätzung von 400 jugendlichen Verbrechern nach der Binet-Simonschen Methode.) New York Med. Journ., 26. Juli 1913.

Fox. A plea for feebleminded children. (Einrede für schwachsinnige Kinder.) Mississippi Med. Monthly, Juni 1913.

Green. Relation of defective eyesight to backwardness in children (Verhältnis von Sehstörungen zum Zurückbleiben der Kinder.) Missouri State Med. Assoc. Journ., Januar 1913.

Ira M. Hardy. Schools for the feebleminded. The state's best insurance policy. (Schulen für die Geistesschwachen — des Staates beste Versicherungspolitik.) Pediatrics, 1912, Bd. XXIV, S. 732.

Hillenberg. Über die Ursachen des Schwachsinns unserer Hilfsschüler. Der Schularzt, 1913, Bd. XI, S. 97.

M. Kirmsse. Bericht über die 14. Konferenz des Vereines für Erziehung usw. Geistesschwacher in Bielefeld vom 8. bis 11. September 1912. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1913, Bd. XXVI, S. 314.

E. Lazar. Verwahrloste und kriminelle Kinder und Jugendliche. Das österr. Sanitätswesen, 1912, Bd. XXIV, S. 1651.

Kurt Lehm. Über Lernweisen und Lernzeiten bei schwachsinnigen und schwerschwachsinnigen Kindern. Beiträge z. Kinderforsch. u. Heilerziehung, 1913, Bd. CVI, S. 5.

P. Naecke. Einteilung der (habituell) Antisozialen und der mehr oder minder moralisch Defekten. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., 1912, Bd. X, S. 387.

Marcel Nathan und **H. Durot.** Les arriérés scolaires. (Zurückgebliebene Schulkinder.) (Fernand Nathan.)

Nesbit. The defective school-child. (Defekte Schulkinder.) Indiana State Med. Assoc. Journ., 15. März 1913.

Neustaedter. Atypical children in Dr. Großmanns school from standpoint of neurologist. (Defekte Kinder vom neurologischen Standpunkte.) Med. Record, 18. Januar 1913.

Mark S. Reuben. Mental deficiency. (Schwachsinn.) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 569.

Royster. The subnormal school child. (Das subnormale Schulkind.) Bull. Amer. Acad. of Med., Februar 1913.

Sidney L. Schwab. General consideration and classification of the mentally defective child. (Allgemeine Betrachtung und Klassifikation des schwachsinnigen Kindes.) Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 154.

Isabelle Thompson Smart. The physician and the mentally defective child. (Der Arzt und das schwachsinnige Kind.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 456.

Spaulding. The causes of juvenile delinquency. (Ursachen des jugendlichen Verbrechertums.) Boston Med. and Surg. Journ., 3. Juli 1913.

William Leland Stowell. The mental defective and society. (Der Schwachsinnige und die Gesellschaft.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 293.

Stoffwechselkrankheiten.

B. Bendix. Zur Symptomatologie und Ätiologie der Barlowschen Krankheit. Med. Klin., 1912, Bd. VIII, S. 820.

Charles R. Box. Fatal pellagra in two English boys. (Tödliche Pellagra bei zwei englischen Knaben.) Brit. Med. Journ., 1913, Nr. 2740, S. 2.

Briquet. Contribution à l'étude de l'étiologie et du traitement de l'obésité infantile. (Beitrag zur Ätiologie und Therapie der infantilen Fettsucht.) Pédiatrie prat., 1913, Bd. XI, S. 373.

L. R. de Buys. Exophthalmus in scurvy. (Exophthalmus beim kindlichen Skorbut.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 2040.

J. Comby. Trois cas de scorbut infantile. (Drei Fälle von infantilem Skorbut.) Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 128.

E. Cordier. A propos de „scorbut infantile". (Über infantilen Skorbut.) Scalpel et Liège méd., 1913, Bd. LXV, S. 499.

Louis Fischer. Infantile scurvy in which swollen joints resembled acute articular rheumatism. (Infantiler Skorbut, in dem die Gelenkschwellungen Ähnlichkeit mit akutem Gelenkrheumatismus darboten.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LX, S. 279.

Guido Funaioli. Un caso di malattia di Barlow in un bambino allattato al seno e curato con le iniezoni di peptone puro. (Fall von Barlowscher Krankheit bei einem Brustkinde. Heilung durch Peptoninjektionen.) Riv. di clin. Pediatrica, November 1912.

G. di Giorgio. Diabete insipido in bambini tuberculotici. (Diabetes insipidus bei tuberkulösen Kindern.) Gaz. internaz. di med. chir., 1913, S. 153.

F. Glaser. Das histologische Blutbild in schweren Fällen von infantilem Skorbut (Möller-Barlowsche Krankheit) und das Auftreten dieser Krankheit im schulpflichtigen Alter. Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 200.

J. Hallé und **F. Masselot.** Maladie de Barlow. (Barlowsche Krankheit.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 374.

R. Jemma. Sul morbo di Barlow. (Barlowsche Krankheit.) La Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 561.

Fr. Langmead. On a case of Addisons disease in a boy aged ten years. (Fall von Addison bei einem 10jährigen Knaben.) Lancet, 1913, Bd. CLXXXIV, S. 449.

Oswald Meyer. Frühformen der Möller-Barlowschen Krankheit und ihre Behandlung. Therapie der Gegenwart, 1913, Bd. LIV, S. 111.

John Lovett Morse. Diabetes in infancy and childhood. (Diabetes im Säuglings- und Kindesalter.) Boston Med. and Surg., Journ. 1913, Bd. CLXVIII, S. 530.

P. Nobécourt und **Léon Tixier.** Les injections de peptone de Witte dans le traitement de l'hémephilie familiale et du purpura. (Injektionen von Pepton Witte bei der Behandlung familiärer Hämophilie und der Purpura.) Arch. des mal. du coeur, des vaiss. et du sang., 1913, Bd. VI, S. 397.

P. Nobécourt, Léon Tixier und **Maillet.** Hématologie et altérations ostéomédullaires dans la maladie de Barlow. Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 241.

Pfender. Barlows disease in an infant fed on pasteurized milk. (Barlowsche Krankheit bei Fütterung mit pasteurisierter Milch.) Med. Record, 19. April 1913. Wachenheim.

Rice. Pellagra in children usw. (Pellagra bei Kindern.) South Carolina Med. Assoc. Journ., Juni 1913.

Leo Silberstein. Über Azetonämie bei Kindern. Münchener med. Wochenschr., 1912, Bd. LIX, S. 1665.

S. Ross Snyder. Pellagra in children. (A preliminary report.) Pellagra bei Kindern. Vorläufige Mitteilung.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1912, Bd. IV, S. 172.

A. H. Traver. Hemophilia treated by human blood-serum. (Über einen mit menschlichem Blutserum behandelten Fall von Hämophilie.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LX, S. 44.

Wachstumskrankheiten und Wachstumsstörungen.

Apert und **Lemaux.** Retard de développement; rachitisme tardif; ostéomalacie; tétanie. (Entwicklungshemmung; Spätrachitis; Osteomalazie; Tetanie.) Bull. de la Soc. de Pediatrie de Paris, 1913, S. 349.

Audebert und **Laurentie.** Achondroplasie chez un nouveau-né. (Achondroplasie bei einem Neugeborenen.) Soc. d'obstétr. et de gynecol. de Toulouse, Februar 1913.

Berdez. Osteodystrophia juvenilis cystica. Rev. méd. de la Suisse Romande, 1913, Bd. XXXIII, S. 256.

Bertolotti. Nanisme familial par aplasie chondrale systématisée. Mésomélie et brachymélie métapodiale symétrique. (Familiärer Zwergwuchs infolge von chondraler Aplasie. Mesomelie und symmetrische metapodiale Brachymelie.) Presse méd., 1913, Bd. XXI, S. 165.

Bonnaire und **G. Durante.** Micromélie par dysplasie périostale chez un hérédosyphilitique. (Mikromelie durch periostale Dysplasie bei einem Hereditärsyphilitischen.) Soc. anat. de Paris, Januar 1913, S. 41.

Bonnaire und **G. Durante.** Présentation d'un mort-né micromèle atteint de dysplasie périostique. (Vorstellung eines totgeborenen Kindes mit Mikromelie und periostaler Dysplasie.) Bull. de la Soc. anat., November 1912, S. 334.

– Présentation d'un squelette de dysplasie périostale et d'un squelette d'achondroplasique. (Demonstration eines Skeletts mit Achondroplasie.) Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris, 1913, Bd. XV, S. 41.

Hanns Chiari. Über familiäre Chondrodystrophia foetalis. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 248.

W. Dibbelt. Die Ätiologie der Rachitis und der Kalkstoffwechsel. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 551.

Diesing. Beitrag zur Ätiologie der Rachitis. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 552.

Heinrich Drodten. Beitrag zur Kasuistik der Wachstumsstörungen der langen Röhrenknochen. Dissertation, Bonn, 1912 (Eisele).

J. van Ebbenhorst Tengbergen. Ein Fall von Achondroplasie. Nederl. Maandschrift v. Verlosk. en Vrouwenz. en c. Kindergeneesk., 1913, Bd. II, S. 377.

L. **E. La Fétra.** An early case of chondrodystrophy with radigoram and necropsy. (Ein früher Fall von Chondrodystrophie mit Radiogramm und Autopsie.) Amer. Journ. of dis. of Child., 1913, Bd. V, S. 18.

Eduard Hahn. Über den reinen partiellen Riesenwuchs. Mit Mitteilung eines Falles aus der inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Danzig. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1912, Bd. XVI, S. 19.

Mark Jansen. The causation of the condition known as achondroplasia. (Die Pathogenese der Chondrodystrophie.) Journ. of Anat. a Physiol., 1913, Bd. XLVII, S. 360.

Wilhelm Jaroschy. Zur Kenntnis des klinischen Bildes der Chondrodystrophia foetalis. Brund, Beiträge z. klin. Chir., 1913, Bd. LXXXIII, S. 379.

Max Kassowitz. Zur Pathogenese und Ätiologie der Rachitis. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 201.

H. Marquès und **A. Peyron.** Sur l'acromégalo-gigantisme et leurs formes frustes: importance des données fournies par la radiographie. (Bedeutung der Röntgenbefunde bei Akromegalie, Akromegalo-Gigantismus und deren Formes frustes.) Arch. d'électr. méd. exp. et clin., 1913, Bd. XXI, S. 23.

E. Martin. Ostéomalacie chez une fillette de 9 ans. (Osteomalazie bei einem 9jährigen Mädchen.) Rev. méd. de la Suisse romande, 1912, Bd. XXXII, S. 713.

Ernst Mayerhofer. Mikromelie (Kassowitz) bei einem einen Monat alten Knaben. Mitteil. d. Gesellsch. f. innere Med. u. Kinderheilk., Wien, 1913, Bd. XII, S. 81.

– Osteopsathyrosis foetalis bei einem Neugeborenen. Mitteil. d. Gesellsch. f. innere Med. u. Kinderheilk., in Wien 1913, Bd. XII, S. 100.

Lorenz Monod. Craniotabes très prononcé chez des nourrissons rachitiques permettant de sentir par la palpation les variations de tension intracranienne. (Ausgesprochene Kraniotabes bei rachitischen Säuglingen, bei der sich durch Palpation Veränderungen des intrakraniellen Druckes konstatieren ließen.) La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 395.

Masanori Ogata. Die Symptomatologie der Rachitis und Osteomalazie in Japan. Beiträge zur Geburtsh., 1913, Bd. XVIII, S. 8.

R. Opppenheim. Rachitisme de la seconde enfance. (Spätrachitis.) Pathol. infant., 1913, Bd. X, S. 33.

Peignaux. Rachitisme avec hypotrophie et déformations thoraciques prédominantes. (Rachitis mit Hypotrophie und vorherrschenden Thoraxdeformationen.) La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 370.

F. Regnault. Squelette de foetus atteint de dysplasie périostale (os pariétal bipartite). Bull. de la Soc. anat., Jänner 1912, S. 47.

A. Reiche. Einiges über Rachitis. Zeitschr. f. Krüppelfürsorge 1912, Bd. V, S. 289.

Adolf Reinhardt und **Hans Gerhard Creutzfeldt.** Beitrag zur Lehre von der Akromegalie. Zieglers Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allgem. Pathol., 1913, Bd. LVI, S. 465.

Herman Schwarz und **Murray H. Bass.** Osteogenesis imperfecta. Report of a case with the study of its metabolism. (Osteogenesis imperfecta. Bericht über einen Fall mit Untersuchung des Stoffwechsels.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. V, S. 131.

S. Stocker. Über die Ätiologie und Therapie der Osteomalazie und Rachitis. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1913, Bd. XLIII, S. 257.

Norbert Swoboda. Chondrodystrophisches Kind einer chondrodystrophischen Zwergin. Mitteil. d. Gesellsch. f. innere Med. u. Kinderheilkunde, 1913, Bd. XII, S. 141.

R. Thoma. Untersuchungen über das Schädelwachstum und seine Störungen. 2. Das fötale Wachstum. Arch. f. pathol. Anat., 1913, Bd. CCXII, S. 1.

F. Parkes Weber. Mitral dwarfism. (Mitraler Zwergwuchs.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1913, Bd. X, S. 203.

August Friedrich Welhe. Über angeborenen partiellen Riesenwuchs. Dissertation, Berlin, 1912 (Ebering).

Kurt Weiß. Zur Frage der Hypophysentherapie bei Rachitis. Therap. Monatsh., 1913, Bd. XXVII, S. 490.

Haut.

Albert Weil. Le traitement des taches de vin. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 366.

G. B. Allaria. La macchia sacrale blu dell' infanzia. (Mongolengeburtsfleck im Kindesalter.) La Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 85.

Balzer und **Landesmann.** Pemphigus congénital et familial à kystes épidermiques. (Kongenitaler und familiärer Pemphigus mit Zysten der Epidermis.) Soc. de dermatol. et de syphiligraphie, Paris, 5. Juni 1913.

Carl Binsack. Ein Fall von angeborenem ausgedehntem Naevus pigmentosus mit Pigmentflecken im Gehirn. Dissertation, Gießen, 1912 (Kindt).

B. Boas. Ein Fall von Urticaria pigmentosa. Hospitalstidende, 1912, Bd. LV, S. 905.

August Brauer. Über eine besondere Form des hereditären Keratoms (Keratoma dissipatum hereditarium palmare et plantare). Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, 1912, Bd. CXIII, S. 211.

J. Brault. Ein Fall von generalisierter, kongenitaler Hyperkeratose. Dermatol. Wochenschr., 1913, Bd. LVI, S. 144.

C. Bruhns. Die atypischen Ichthyosisfälle und ihre Stellung zur Ichthyosis congenita und Ichthyosis vulgaris Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, 1912, Bd. CXIII, S. 187.

Cacciami. Sulle macchie mongoloidi. (Über Mongolenflecke.) Riv. di clin. pediat., 1912, Bd. X, S. 802.

John H. Carman. Congenital Naevi. Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 147.

Chambrelent und **Balard.** Vaste hématome du cuir chevelu chez un nouveau-né ayant entraîné la mort. (Ausgedehntes Hämatom der behaarten Kopfhaut bei einem Neugeborenen mit tödlichem Ausgang.) Ann. de gynécol. et d'obstétr., 1913, Bd. X, S. 164.

Codet Boisse. Deux cas de varices congénitales. (Zwei Fälle von angeborenen Varizen.) Journ. de méd. de Bordeaux, 1912, Bd. XLII, S. 683.

Comby und **Labourdette.** Tache bleue mongolique chez une fillette de race blanche. (Mongolengeburtsflecke bei einem Mädchen der weißen Rasse.) Bull. de la Soc. méd. des hôp., 1912, Bd. I, S. 750.

H. Cramer. Zur Behandlung einiger Hautkrankheiten im Kindesalter. — Med. Klinik, 1912, Bd. VIII, S. 909.

Deléarde und **G. Hallez.** Les purpuras chroniques de l'enfance. (Die chronischen Purpuraerkrankungen des Kindesalters.) Gaz. des hôp., 1912, Bd. LXXXV, S. 2113.

J. S. Eisenstädt. Three cases of family dystrophy of the hair and nails. (Drei familiäre Fälle von Dystrophie der Haare und Nägel.) Journ. of the Amer. med. Assoc., 1913, Bd. LX, S. 27.

D'Espine. Sclérodermie généralisée. (Allgemeine Sklerodermie.) Rev. méd. de la Suisse Romande, 1912, Bd. XXXII, S. 705.

Joh. Fabry. Über Urticaria pigmentosa congenita. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, 1912, Bd. CXIII, S. 269.

M. A. Fauquey. Contribution à l'étude de la tache bleue congénitale mongolique. (Der Mongolenfleck.) Thèse de Bordeaux, 1912, Nr. 74 (Fritz Loeb).

Clemente Ferreira. La tache bleue mongolique dans l'Etat de Sao-Paulo (Brésil). (Der Mongolenfleck im Staate Sao-Paulo.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 408.

H. Finkelstein. Zur diätetischen Behandlung des Säuglings- und Kinderekzems. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VIII, S. 1.

E. Galewsky. Über Erythrodermia congenitalis ichthyosiformis. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, 1912, Bd. CXIII, S. 373.

Gandini. Ichtiosi famigliare congenita; contributo alla eredarietà dell' ichtiosi da una famiglia. (Kongenitale familiäre Ichthyosis.) Riv. di clin. pediat., 1912, Bd. X, S. 798.

A. F. Garrod und **W. H. Hurtley.** Congenital family steatorrhoea. (Kongenitale familiäre Steatorrhöe.) Quart. Journ. of Med., 1913, Bd. VI, S. 242.

Hans Géber. Favus bei Neugeborenen. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, 1912, Bd. CXIV, S. 101.

E. Geiser. Beitrag zum Scleroedema neonatorum. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1912, Bd. XXXV, S. 76.

Margarete Goldstein. Zwei Fälle von angeborener Ptosis. Dissertation, München, 1912 (Kastner & Callwey).

Ludwig Harriehausen. Autovakzination der Säuglingsfurunkulose. Therapeut. Monatsh., 1913, Bd. XXVII, S. 106.

Hutchinson. Multiple primary carcinoid of skin in infant. (Multiples Hautkrankroid bei einem Säuglinge.) Journ. Cutan., Dis., März 1913.
Wachenheim.

Franz Crozer Knowles. Psoriasis familiaris. (Familiäre Psoriasis.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 415.

Cornelia de Lange. Ein Fall von autochthonem Sklerem. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1913, Bd. LVII, S. 433.

— Raynaudsche Krankheit oder symmetrische Gangrän. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 1913, Bd. LVII, S. 432.

A. Masson. Maladie de Raynaud et lésions cardio-vasculaires. (Raynaud-sche Gangrän und Läsionen am Zirkulationsapparat.) Thèse de Lille, 1912, Nr. 82.

Wilhelm Mittweg. Über Fettsklerem der Neugeborenen. Dissertation, Bonn, 1911 (Ludwig).

Richard Oppenheim. Einige Bemerkungen zur Ätiologie, Differentialdiagnose und Therapie im Anschluß an einen Fall von Dermatitis exfoliativa neonatorum (Ritter). Dissertation, Freiburg, 1912 (Ebering, Berlin).

v. Pirquet. Ein 2½monatiges Mädchen mit lokalem Sklerem. Mitteil. d. Gesellsch. f. innere Med. u. Kinderheilk., Wien, 1913, Bd. XII, S. 55.

— Siebenwöchentliches Mädchen mit einem luesähnlichen Erythem. Mitteil. d. Gesellsch. f. innere Med. u. Kinderheilk., Wien, 1913, Bd. XII, S. 56.

Schalek. Cutaneous affections of childhood. (Hautkrankheiten im Kindesalter.) Amer. Journ. Med. Assoc., 19. Juli 1913.

A. Schkarin. Über Ekzema bei Säuglingen im Anschluß an die Lehre von Diathesen im Kindesalter.) Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVIII, S. 156.

J. H. Schultz. Die Prüfung der Hautkrankheiten auf chemische Reize. Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVIII, S. 347.

J. H. Sequeira. Rodent ulcer of the back in a boy of twelve. (Ulcus rodens auf dem Rücken eines 12jährigen Knaben.) Brit. Journ. of Dermatol., 1912, Bd. XXIV, S. 391.

Paul v. Szilly. Die Immunotherapie der multiplen Staphylokokkenhautabszesse der Säuglinge. Wiener klin. Wochenschr., 1912, Bd. XXV, S. 1739.

Trömner. Sklerodermie. Ärztl. Verein zu Hamburg, 23. April 1912.

De Vaurigaud. Contribution á l'étude des érythrodermies desquamatives des nourrissons. (Beitrag zum Studium der Erythrodermia desquamativa beim Säugling.) Thèse de Paris, 1913.

P. O. J. Williatte. Contribution à l'étude des naevi systématisés, groupement des faits cliniques, essai de mise au point pathogénique. Thèse de Lille, 1913, Nr. 13.

S. J. Wilson. A case of Henochs purpura treated with human blood serum; recovery. (Ein Fall von Henochscher Purpura, behandelt mit menschlichem Blutserum; Heilung.) Med. Record, 1912, Bd. LXXXII, S. 249.

James Macfarlene Winfield. Lactic acid and colonic irrigation in the treatment of psoriasis. (Milchsäure und Darmirrigationen in der Behandlung der Psoriasis.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 416.

M. Wolters. Beitrag zur Ätiologie der Dermatitis exfoliativa. Arch. f. Dermatol. u. Syphilitis, 1912, Bd. CXIII, S. 1220.

Max Zarfl. Ein Fall von Pemphigus benignus congenitus. Mitteil. d. Gesellsch. f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 136.

M. Zigler. A marked case of facial asymmetry occuring in a case of scrofuloderma. (Ein bemerkenswerter Fall von Gesichtsasymmetrie bei einem Fall von Skrophuloderma.) Med. Record, 1912, Bd. LXXXII, S. 291.

Auge.

J. Allan. A case of interstitial keratitis. (Ein Fall von interstitieller Keratitis.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1912, Bd. IX, S. 539.

John Allan. Phlyctenular eye diseases in children. (Phlyktänuläre Augenerkrankungen bei Kindern.) Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 218.

Rud. Bergmeister. 8jähriger Knabe mit beiderseitiger Ektopia lentis congenita. Mitteil. d. Gesellsch. f. innere Med. u. Kinderheilk., Wien, 1913, Bd. XII, S. 76.

Cheney. Control of ophthalmia neonatorum in Massachusetts. (Kontrolle der Ophthalmia neonatorum in Massachusetts.) Boston Med. and Surg. Journ., 23. Jänner 1913.

Peter Christel. Einseitiger angeborener Buphthalmus haemorrhagicus. Dissertation, Wiesbaden, 1912 (Bergmann).

C. Credé-Hörder. Über die „Spätinfektion" der Ophthalmoblennorrhöe. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 23.

— Über nicht gonorrhoische Ophthalmoblennorrhöen der Neugeborenen und Säuglinge.) Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 74.

Creen. Training of the blind child. (Erziehung des blinden Kindes.) Missouri State Med. Assoc. Journ., Jänner 1913.

Creene. Ophthalmia neonatorum. Boston Med. and Surg. Journ., 20. Februar 1913.

Heckel. Ophthalmia neonatorum and its relation to blindness. (Verhältnis der Ophthalmia neonatorum zur Blindheit.) Pennsylvania Med. Journ., Jänner 1913.

Karl v. Hoor. Conjunctivitis diphtheritica und crouposa. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1913, Bd. LI, S. 333.
Karl Huppenbauer. Klinisch-therapeutische Mitteilungen über Augen-Verletzungen bei Kindern nach dem Material der Tübinger Klinik. Dissertation, Tübingen, 1912 (Mayer).
Krauss. Pseudoglioma in children. (Pseudogliom bei Kindern.) Ophthalmology, April 1913.
Loeb. Heredity of blindness. (Vererbung der Blindheit.) Missouri State Med. Assoc. Journ., Jänner 1913.
Mittendorf. Gonorrheal ophthalmia treated with gonococcus vaccines. (Vakzinebehandlung der gonorrhoischen Ophthalmie.) Med. Record, 8. März 1913.
Moreau. Histoire de la guérison d'un aveugle né. (Geschichte der Heilung eines Blindgeborenen.) Lyon méd., 1913, Bd. CXX, S. 201, 329, 441 und 548.
Heinrich Nodop. Über hereditären Nystagmus. Dissertation, Leipzig, 1912 (Noske).
Oliver. Congenital ptosis. (Kongenitale Ptosis.) Brit. Med. Journ., 1912, Nr. 2683, S. 1242.
Hermann E. Pagenstecher. Die kausale Genese von Augenmißbildungen und angeborenen Staren. Bericht über die Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft, Wiesbaden, 1912, Bd. XXXVIII, S. 46.
Ferdinand Philippi. Blennorrhoea neonatorum. Dissertation, Straßburg im Elsaß, 1913 (C. Gripekoven).
Post. Prevention of blindness. (Verhütung der Blindheit.) Missouri State Med. Assoc. Journ., Jänner 1913.
Richard Seefelder. Die angeborenen Anomalien und Mißbildungen des Auges. Zeitschr. f. Augenheilk., 1913, Bd. XXIX, S. 301.
Shipman. Eye-strain in children. (Augenüberanstrengung bei Kindern.) New York Med. Journ., 18. Januar 1913.
Silex. Die Säuglingsfürsorge hinsichtlich der Augen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 1912, Bd. IX, S. 455.
Sydney Stephenson. On the duty of the practitioner in cases of ophthalmia neonatorum. (Über die Aufgaben des praktischen Arztes bei der Ophthalmoblennorrhöe der Neugeborenen.) Lancet, 1912, Bd. CLXXXIII, S. 1358.
M. Straub. An ophthalmological contribution to the doctrine of scrofulosis. (Ein ophthalmologischer Beitrag zur Lehre von der Skrofulose.) Ophthalmoscope, 1912, Bd. X, S. 618.
— Über Skrofulose, untersucht bei skrofulösen Augenkranken. Nederl. Tijschr., v. Geneesk., 1912 S. 1877.
Aurel v. Szily. Über die primäre Ursache der Mißbildung des Auges. Bericht über die Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft, Wiesbaden, 1912, Bd. XXXVIII, S. 40.
Moriz Teich. Soll die Anstellung besonderer Schulaugenärzte empfohlen und angestrebt werden? Der Schularzt, 1912, Bd. XI, S. 81.
F. Terrien und **A. Dantrelle.** Des traumatismes oculaires chez l'enfant. (Traumatische Augenerkrankungen beim Kind.) Arch. d'ophthalmol., 1913, Bd. XXXIII, S. 7.
Ph. Verderame. Sensibilität und Nervenendigungen in der Kornea des Neugeborenen. (Nach gemeinschaftlich mit Axenfeld vorgenommenen Untersuchungen.) Bericht über die Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft in Wiesbaden, 1912, Bd. XXXVIII, S. 290.
Albert Wittmer. Ein weiterer Fall von angeborener Hornhauttrübung. Dissertation, Straßburg, 1912 (Sighart).
Worthington. A case of mumps with interesting ocular complications. (Augenkomplikationen bei Parotitis.) Ophthalmology, April 1913.

Nase, Ohr, Kehlkopf.

J. Amaudrut. Ulcération médiane de la voute palatine paraissant en connexion avec un kyste épidermique préexistant. (Mediane Ulzeration der Gaumenwölbung anscheinend im Zusammenhang mit einer vorangehenden Epidermiszyste.) La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 303.

Homer Dupuy. Chronic laryngeal stenosis; treatment by prolonged intubation. (Chronische Laryngealstenose; Behandlung durch Dauerintubation.) Journ of. the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 1120.

Eschweiler. Ohr- und akute Infektionskrankheiten. Med. Klinik, 1912, Bd. VIII, S. 1339.

François Fontaine. De la laryngostomie dans le traitement des papillomes diffus chez l'enfant. Thèse de Paris, 1912, Nr. 128.

Goldstein. The deaf child. (Das taube Kind.) Missouri State Med. Assoc. Journ., Jänner 1913.

Reidar Gording. Die Entwicklung der Nasennebenhöhlen während der ersten Kinderjahre. Anat. Anzeiger, 1912, Bd. XLII, S. 475.

A. Götz. Ein Fall von beiderseitiger Choanalatresie beim Neugeborenen. Zeitschr. f. Ohrenheilk. u. f. d. Krankh. d. Luftwege 1913, Bd. LXVIII, S. 43.

Griffin. Cystic polypus in nasal pharynx of child. (Zystischer Polyp im Nasenrachenraum eines Kindes.) Med. Record, 10. Mai 1913.

Hugo Hempel. Otologie des Kindesalters. Sammelreferat. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. V, S. 161 Referatenteil.

Hudson-Makuen. Early home treatment of deaf child. (Frühe Behandlung des tauben Kindes im Hause.) Laryngoscope, Februar 1913. Wachenheim.

C. C. Mapes. Anent foreign bodies in the nasal fossae. Pediatrics, 1913 Bd. XXV, S. 233.

Moss. Case of deafness. (Fall von Taubheit.) Missouri State Med. Assoc. Journ., Jänner 1913.

Seymour Oppenheimer. The surgical anatomy; diagnosis and treatment of the inflammatory affections of the nasal accessory sinuses in children. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 4.

M. Paunz. Über die Verwendung der direkten Laryngoskopie und Tracheobronchoskope bei Kindern. Pester med.-chirurg. Presse. 1913, Bd. IL, S. 94.

A. Peyser. Der Stand unserer Kenntnisse von den Ohren-, Nasen- und Halsleiden im Säuglingsalter. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 1912, Bd. IX, S. 298.

Phillips. Treatment of persistent otorrhea in infants and young children by establishment of postauricular drainage. (Behandlung der chronischen Otorrhöe mittels postaurikulärer Drainage.) Med. Record, 26. Juli 1913.

William Campbell Posey. Orbital cellulitis from disease of the superior maxilla in children. (Entzündung des orbitalen Zellgewebes ausgehend von Erkrankungen des Oberkieferknochens im Kindesalter.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 1929.

Raillet. Laryngospasme consécutif à une instillation intranasale d'huile résorcinée chez un garçon de 4 mois. (Laryngospasmus im Gefolge einer intranasalen Einträuflung von resorzinhaltigem Öl bei einem 4 Monate alten Knaben.) La Pathol. infant., 1912, Bd. IX, S. 54.

Rhese. Über Keilbeinhöhlenmukozele, gleichzeitig ein Beitrag zur Ätiologie der Mukozele. Zeitschr. f. Ohrenheilk. u. Krankh. d. oberen Luftwege, 1912, Bd. LXIV, S. 169.

Heinrich Rössing. Klinische Untersuchungen über Deformitäten der Nase bei Neugeborenen. Dissertation, Freiburg, 1912 (Schäckermann & de Greiff, Crefeld).

Sauer. Defects caused by nasal obstruction. (Defekte infolge von Nasenverschluß.) Missouri State Med. Assoc. Journ., Jänner 1913.

P. Schneider. Zur Genese der kongenitalen Larynxzysten. Zeitschr. f. Ohrenheilk. u. Krankh. d. oberen Luftwege, 1912, Bd. LXIV, S. 358.

Todd. Ear complication froms adenoids. (Ohrenkomplikationen von adenoiden Wucherungen.) Oklahoma State Med. Assoc. Journ., Jänner 1913.

W. Uffenorde. Zur Bewertung der Autoskopie bei erschwertem Dekanülement und in diagnostisch unklaren Affektionen der unteren Luftwege. Therapeut. Monatsh., 1912, Bd. XXVI, S. 648.

Adolf Wiechmann. Bericht über die in den Jahren 1893 bis 1. Juli 1912 in der königl. Universitäts-Poliklinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten in Göttingen beobachteten angeborenen Mißbildungen des äußeren Ohres. Dissertation, Göttingen, 1912 (E. A. Huth).

Zahnung.

Hans Ahrens. Die Entwicklung der menschlichen Zähne. Hab.-Schrift, München, 1913 (C. F. Bergmann, Wiesbaden).

J. Brau-Tapie. Kyste dentaire chez un enfant de onze ans. Exstirpation. Guérison. (Zahnzyste bei einem 11jährigen Kinde. Exstirpation. Heilung.) Gaz. hebdom. des scienc. méd. de Bordeaux, 1913, Bd. XXXIV, S. 101.

P. B. Mac Cullough. Dental prophylaxis. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 43.

G. Fritzsche. Birkenthals Beiträge zur Kenntnis der Beziehungen der Zahnkrankheiten des Kindesalters zur Syphilis hereditaria, Rachitis und Tuberkulose. Berlin, 1912 (Berlinische Verlagsanstalt).

Gallivan. School inspection and dental caries. (Zahnkaries in der Schulaufsicht.) Boston Med. and Surg. Journ., 13. Februar 1913.

Charles Herrman. Teething as a cause of disease in infancy. (Die Zahnung als Krankheitsursache im Säuglingsalter.) New York Med. Journ., 1913, Bd. XCVII, S. 497.

George C. Küsel. Feeding in relation to the teeth. (Ernährung und Zähne.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 34.

D. J. Milton Miller. Does teething ever produce morbid symptoms? Verursacht die Zahnung immer Krankheitserscheinungen?) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 538.

Frederick R. Stathers. Orthodontia. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 111.

Max Zarfl. Nekrotisierende Zahnkeimentzündung im frühesten Säuglingsalter. Mitteil. d. Gesellsch. f. innere Med. u. Kinderheilk., Wien, 1913, Bd. XII, S. 51.

Chirurgie.

Samuel S. Adams. Tumor of the cerebellum. Case report. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 465.

Hugo Alexander. Über Beckensarkome im Kindesalter. Dissertation, Stuttgart, 1912 (Union).

Alexander and Montague. Acute retropharyngeal abscess. New York Med. Journ., 2. August 1913.

H. Andeoud. Kyste séreux sous-cutané de la paroi abdominal. (Seröse, subkutane Zyste der Bauchwand.) Rev. méd. de la Suisse Romande, 1913, Bd. XXXIII, S. 259.

André-Thomas. Abcès du lobe pariétal, hémianesthésie, dysmétrie et bradykinésie, asynergie, apraxie, perturbations des fonctions d'arrêt. (Abszeß im Scheitellappen, Hemianästhesie, Dysmetrie und Bradykinesie, Asynergie, Apraxie und Störungen der Hemmung.) Rev. neurol., 1913, Bd. XXI, S. 637.

Desider Bal's. Die Bedeutung chirurgischer Eingriffe in die Bauchhöhle bei Kindern. Beiträge z. klin. Chir., 1913, Bd. LXXXIV, S. 61.

Bernheim-Karrer. Kongenitales Lipom des Rückens. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1912, Bd. XXXXII, S. 1243.

Joseph Borggreve. Die Folgen verschluckter Fruchtkerne. Sammelreferat. (Mit Mitteilung eines Falles.) Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. XV, Nr. 4. W. Freund (Breslau).

Broca. Fractures incomplètes et sous-périostées. Fractures méconnues. Fractures des rachitique. (Unvollständige und subperiostale Frakturen; verkannte Frakturen; Frakturen bei Rachitikern.) La Pathol. infant., 1912, Bd. IX, S. 125.

Albrecht Burchard. Über multiple Enchondrome in den langen Röhrenknochen von Kindern. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen, 1912, Bd. XIX, S. 291.

W. F. Campbell. The management of inguinal hernia in childhood. (Die Behandlung des Leistenbruches beim Kind.) Med. Record, 1912, Bd. XXXI, S. 111.

Chalochet-Walther. Un cas de thymectomie chez un enfant de deux mois. (Ein Fall von Thymektomie bei einem 2monatigen Kind.) Rev. de chir., 1912, Bd. XXXII, S. 1005.

Arthur N. Collins. Strangulated inguinal hernia in early infancy. (Incarzerierte Hernien im frühen Kindesalter.) Ann. of Surg., 1913, Bd. LVII, S. 188.

Condamine. Des abcès froids de la mamelle et de leur diagnostic. (Kalte Abszesse der Warze und ihre Behandlung.) Thèse de Bordeaux, 1913.

Charles David. Phlébite double des membres inférieurs chez un nouveau-né. Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 615.

G. Dencks. Zur Ätiologie und Therapie der Schenkelhalsbrüche im Wachstumsalter. Zeitschr. f. Chir., 1912, Bd. CXVIII, S. 286.

E. Desmarest. Sur le traitement du décollement traumatique de l'épiphyse inférieure du fémur. (Über die Behandlung traumatischer Epiphysenlösung am unteren Femurende.) Rev. de Chir., 1912, Bd. XXXII, S. 517.

Guido Engelmann. Ein Fall von Knochenzyste (gutartiges zentrales Sarkom) des Femur. Mitteilungen der Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 97.

E. Etienne und **A. Aimes.** Ostéomyélite typique chez le nourrisson. (Typische Osteomyelitis beim Säugling.) Pathol. infant., 1913, Bd. X, S. 25.

— Trois cas de hernie étranglée chez le nourrisson. Soc. d. scienc. méd. de Montpellier, 14. Februar 1913.

— Quelques considérations sur trois cas de hernie crurale chez l'enfant. Soc. des scienc. méd. de Montpellier, 7. März 1913.

Fabresse. De l'ostéomyélite de la hanche; ses conséquences obstétricales. (Osteomyelitis der Hüfte; ihre geburtshilflichen Folgen.) Thèse de Lyon, 25. Juni 1912, Nr. 114.

Duncan C. L. Fitzwilliams und **W. H. Vincent.** A case of gangrene of the leg in an infant 11 days old; amputation; recovery. (Ein Fall von Gangrän des Beines bei einem 11tägigen Säugling. Amputation. Heilung.) Lancet, 1193, Bd. CLXXXIV, S. 753.

Garel und **Gignoux.** Epingle dans la bronche gauche chez un enfant de 17 mois. Congrès franç. d'Oto-Rhino-Laryngologie, 6. Mai 1913.

Gilles und **Ducuing.** Fracture claviculaire méconnue et d'origine très vraisemblablement intra-utérine chez un nouveau-né. (Unerkannte Klavikularfraktur wahrscheinlich intrauterinen Ursprunges beim Neugeborenen.) Soc. d'obstétr. et de gynécol. de Toulouse, 1912, Nr. 9.

Rich. Hagemann. Über Spätfolgen des operativen Gaumenspaltverschlusses. Beitr. z. klin. Chir., 1912, Bd. LXXIX, S. 573.

Wilhelm Hallauer. Über Unfälle im Kindesalter. Dissertation, Bonn 1912 (Eisele).

Jean Hallé und **Henry Salin.** Tumeur maligne du médiastin chez un enfant de treize ans. (Maligner Mediastinaltumor beim 13jährigen Kinde.) Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 599.

Alanson W. Hawley und **John B. Manning.** Sarcoma of the cerebellum in a boy. (Sarkom des Kleinhirns bei einem Knaben.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 443.

V. Hinsberg. Zur bronchoskopischen Fremdkörperextraktion bei Kindern. Zeitschr. f. Ohrenheilk. u. Krankh. d. oberen Luftwege, 1912, Bd. LXIV, S. 325.

I. S. Hirsch. The diagnosis of foreign bodies in the alimentary and respiratory tracts of children. (Die Diagnose von Fremdkörpern im Verdauungs- und Respirationstrakt von Kindern.) Amer. Journ. of Surg., 1913, Bd. XXVII, S. 1.

Aage Hoek und **H. P. F. Oerum.** Die Darminvagination im Kindesalter durch zirka 400 dänische Fälle beleuchtet. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. inn. Med. u. Chir., 1912, Bd. XXV, S. 293.

Hans Iselin. Stauchungsbrüche der kindlichen und jugendlichen Knochen. Beitr. z. klin. Chir., 1912, Bd. LXXIX, S. 440.

Thomas H. Kellock. A case of pneumonotomy for foreigne body. With notes by C. R. C. Lyster and R. E. Apperly. (Ein Fall von Pneumonotomie wegen Fremdkörpers.) Lancet, 1913, Bd. CLXXXIV, S. 92.

Charles M. Kennedy. Acute Epiphysitis. Brit. med. Journ., 1912, S. 114, Nr. 2690.

Le Grand Kerr. Surgery from the pediatric standpoint. (Die Chirurgie vom pädiatrischen Standpunkt aus.) Med. Record, 1912, Bd. LXXXI, S. 1186.

A. von Khautz. Ein Fall von Osteomyelitis der Klavikula. Mitteil. d. Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 75.

E. Kirmisson. De l'ostéomyélite dans la première enfance. Ostéomyélite du radius; ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur; nature microbienne des ostéomyélites de la première enfance; importance des infections streptococciques. (Über die Osteomyelitis im frühen Kindesalter. Osteomyelitis des Radius, Osteomyelitis des oberen Femurendes; bakterielle Natur der Osteomyelitiden des ersten Kindesalters; Wichtigkeit der Streptokokkeninfektionen.) Bull. méd. 1913, Bd. XXVII, S. 243.

— Tumeurs rénales chez les enfants. Cystes hydatiques du rein. (Nierentumoren bei Kindern. Hydatidenzysten der Niere.) Rev. internat. de méd. et de chir., 1913, Bd. XXIV, S. 119.

Pr. Kirmisson. Le décollement épiphysaire de l'extrémité supérieuré de l'humérus. (Epiphysenlösung des oberen Humerusendes.) Journ. des praticiens, 4. Januar 1913.

Lamy. La torsion spiroide du tibia. (Die spiralige Drehung des Schienbeines.) Rev. de chir., 1912, Bd. XXXII, S. 769.

Lancial. Périarthrite fongueuse, chronique, fistuleuse, tibio-tarsienne chez un enfant de sept ans. Guérison complète. (Tibio-tarsale, chronische, fistulöse, fungöse Periarthritis bei einem 7jährigen Kind. Vollständige Heilung.) Rev. de chir., 1912, Bd. XXXII, S. 771.

Lorenzini. Contributo allo studio dei tumori addominali nell' infanzia. Beitrag zum Studium der Bauchtumoren in der Kindheit.) Rif. med., 1913, Bd. XXIX, S. 122.

Maillet und **Aimé.** Vomiques chez l'enfant. (Auswurf eines durchgebrochenen Eiterherdes beim Kinde.) Ann. de méd. et chir. infant., 1913, Bd. XVII, S. 33.

Albert Manson. Cure radicale des petits hernies ombilicales réductibles par cerclage permanent de l'anneau sans ouverture du péritoine avec conservation de l'ombilic. La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 429.

Meredith. Treatment of inguinal hernia in children. (Behandlung des Leistenbruches bei Kindern.) Pennsylvania Med. Journ., Februar 1913.

Raoul Monod. Désinfection de la peau à la teinture d'iode chez les enfants. Son innocuité. (Unschädlichkeit der Hautdesinfektion mit Jodtinktur bei Kindern.) Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 359.

Charles Newberger. Tetanus as a complication of burns. (Tetanus als eine Komplikation bei Verbrennungen.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1912, Bd. IV, S. 35.

G. E. Nicholls. Strangulated inguinal hernie in an infant. (Eingeklemmte Inguinalhernie bei einem Säugling.) Brit. Med. Journ., 1912, Nr. 2699, S. 683.

Ochsner. Treatment of hernia in children. (Behandlung der Hernien bei Kindern.) Journ. Lancet, 1. März 1913.

E. Pagenstecher. Über Hydrocephalus externus. Beiträge z. klin. Chir., 1912, Bd. LXXIX, S. 583.

Petroff. Les fractures de l'extrémité inférieure du radius chez l'enfant. (Die Brüche am Unterende des Radius beim Kinde.) Rev. med. de la Suisse Romande, 1912, Bd. XXXII, S. 729.

E. Poucel. Efficacité de l'intervention précoce dans l'abcès pottique lombaire. (Wirksamkeit eines frühzeitigen Eingriffs bei Pottschem Lumbalabszeß.) Rev. de chir., 1912, Bd. XXXII, S. 1018.

P. Praehler. Über die ambulante operative Behandlung der Leisten- und Nabelbrüche im frühen Kindesalter. Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1912, Bd. CXVI, S. 543.

Fritz Reiß. Hernia diaphragmatica congenita bei einem dreijährigen Kinde. Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVII, S. 550.

J. H. Richards. Durch Operation geheilter Nabelschnurbruch. Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte, 1912, Bd. XLII, S. 1035.

B. B. Rivière. A case of strangulated inguinal hernia in a child of 18 months, containing the coecum and vermiform appendix. (Eingeklemmte Inguinalhernie bei einem 18monatigen Kinde; Coecum und Processus vermiformis als Inhalt.) The Brit. med. Journ., Jänner 1913.

H. Rocher. Décollement traumatique de l'épiphyse radiale supérieure. Journ. de méd. de Bordeaux, 1912, Nr. 45, S. 721.

H. L. Rocher. Famille présentant des exostoses ostéogéniques multiples. (Familie mit multiplen osteogenen Exostosen.) Ann. de gynecol. et d'obstetr., 1913, Bd. X, S. 166.

Rocher. Fracture complète du poignet avec chute complète chez un nourrisson. Soc. An. Cl. de Bordeaux. 9. September 1912. Journ. de méd. de Bordeaux, 15. Dezember 1912, S. 810.

Ross. Hernia in infancy and childhood. (Hernie im Kindesalter.) Indiana State Med. Assoc., Journ. Juni 1913. Wachenheim.

Savariaud. La chloroformisation chez l'enfant. (Die Chloroformierung der Kinder.) La méd. infant., 1912, Bd. XVI, S. 197.

— Les fractures de l'humérus chez l'enfant. (Die Humerusfrakturen bei Kindern.) La méd. infant., 1912, Bd. XVI, S. 217.

M. Savariaud. Traitement de la hernie inguinale chez le nourrisson. (Behandlung der Inguinalhernie beim Säugling.) La méd. infant., 1912, Bd. XVI, S. 169.

Bryan De F. Sheedy. Pharyngeal Abscess. (Retropharyngealabszeß.) Med. Record, 1912, Bd. LXXXI, S. 1226.

Smester, Guérison de la hernie ombilicale des nouevau-nés. (Heilung der Nabelhernie bei Neugeborenen.) Clin. infant., 1912, Bd. X, S. 524.

John Speese. Report of a case of hydrocephalus. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 600.

H. Stettiner. Zur Chirurgie des Säuglingsalters. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 1912, Bd. IX, S. 428.

Norbert Swoboda. Ein geheilter Fall von Knochenzyste. Mitteil. d. Gesellsch. f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 141.

Valdameri. Su di un caso di cisti dermoide del bregma. Riv. di clin. pediatrica, 1912, Bd. X, S. 799.

Verdelt. A propos de quelques cas de kystes hydatiques chez l'enfant. VII. Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie, Lille, 25. März 1913.

Walther Usener. Maligne Tumoren im Kindesalter. Deutsche med. Wochenschr., 1912, Bd. XXXVIII, S. 2223.

White. Intussusception report of two cases. (Bericht über 2 Fälle von Darminvagination.) Oklahoma State Med. Assoc. Journ., Juni 1913.

Dewitt G. Wilcox. Head injuries of the new-born. (Kopfverletzungen der Neugeborenen.) Boston Med. and Surg. Journ., 1913, Bd. CLXVIII, S. 568.

Wolbach and **Millet.** Diffuse subdural lipomatosis of the spinal cord in an infant. (Diffuse Rückenmarklipomatose bei einem Säuglinge.) Boston Med. and Surg. Journ., 8. Mai 1913. Wachenheim.

Max Wolff. Ein Fall von intrauterin geheilter Hasenscharte mit Naevus papilomatosus-Bildung im Verlauf von fötalen Schlußspalten. Dissertation, Greifswald, 1912 (Hayns Erben).

G. Worms und **A. Hamant.** Les fractures du col du fémur dans l'enfance et dans l'adolescence. (Die Schenkelhalsfrakturen im Kindesalter und in der Jugend.) Rev. de chir., 1912, Bd. XXXII, S. 416.

Orthopädie.

Bernhard Baisch. Die kongenitale radio-ulnare Synostose. Zeitschr. f. orthopädische Chir., 1913, Bd. XXXI, S. 46.

Becher. Bericht über die Verwaltung der orthopädischen Heilanstalt. („Hüfferstiftung" zu Münster in Westfalen für die Zeit vom 1. Jänner 1899 bis 31. Dezember 1911, 1912.)

Wilhelm Becker. Beitrag zur Übungstherapie der Skoliose. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 130.

Biesalski. Die moderne Krüppelfürsorge in Deutschland. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 1913, Bd. X, S. 155.

— Was ist durch die Bewegung der Krüppelfürsorge in den letzten 10 Jahren erreicht worden? Zeitschr. f. Krüppelfürsorge, 1912, Bd. V, S. 124.

Auguste Broca. Pseudarthrose du péroné droit. Scoliose par inégalité des membres inférieurs. La Presse méd., 1913, Nr. 54, S. 540.

Jacques Calvé und **L. Lamy.** Traitement de la scoliose par la méthode d'Abbott. (Behandlung der Skoliose nach Abbotts Methode.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 5, S. 240.

Siegfried Cornelius. Die Steifigkeit der Wirbelsäule im Kindesalter mit besonderer Berücksichtigung eines neuen Spezialfalles. Dissertation, Leipzig, 1912 (Lehmann).

Jos. Delchef. Existe-t-il une prophylaxie des difformités physiques chez l'enfant? (Gibt es eine Prophylxae der Deformitäten beim Kinde?) Scalpel et Liège, 1913, Bd. LXV, S. 444.

Derscheid-Delcourt. Fragilité osseuse et luxation congénitale de la hanche. (Knochenbrüchigkeit und kongenitale Hüftgelenksluxation.) La pathol. infant., 1912, Bd. IX, S. 65.

P. Desfosses. La préparation à la marche après immobilisation de la hanche chez l'enfant. (Vorbereitung zum Gehen nach Immobilisation der Hüfte beim Kind.) Presse méd., 1913, Bd. XXI, S. 67.

Dietrich. Wie ist die Krüppelfürsorge einzurichten? Zeitschr. f. Krüppelfürsorge, 1912, Bd. V, S. 138.

Robert Doerr. Beitrag zur statistischen Skoliosenfrage. Zeitschr. f. orthop. Chir., 1913, Bd. XXXI, S. 1.

Dreesmann. Die unblutige Behandlung des Klumpfußes. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 291.

Gustav Eckstein. Operative Krüppelfürsorge der deutschen Landeskommission für Kinderschutz und Jugendfürsorge in Böhmen. Zeitschr. f. Kinderschutz u. Jugendfürsorge, 1913, Bd. V, S. 49.

Guido Engelmann. Ein Fall von Coxa vara infolge Karies des Schenkelhalses. Mitteil. d. Gesellsch. f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien 1913, Bd. XII, S. 98.

Etienne und **Aimes.** Luxation complexe de l'index droit; échec des méthodes non sanglantes; réduction à ciel ouvert; guérison. Soc. des scienc. méd., Montpellier, 11. April 1913.

Frölich. Considérations sur le mal de Pott. (Betrachtungen über die Pottsche Krankheit.) Ann. de méd. et chir. infant., 1913. Bd. XVII, S. 47.

— De la coxa vara. Rev. de chir., 1912, Bd. XXXII, S. 728.

— Luxation soi-disant congénitale de la hanche d'origine pathologique. (Sogenannte kongenitale Hüftgelenksluxation pathologischen Ursprungs.) Soc. de méd. de Nancy, 23. April 1913.

Fürstenheim. Die Seele des Krüppels. Zeitschr. f. Krüppelfürsorge. 1912, Bd. V, S. 221.

R. Galeazzi. Über die unblutige Behandlung der kongenitalen Hüftgelenksverrenkung. Zeitschr. f. orthop. Chir., 1913, Bd. XXXI, S. 202.

F. Göppert. Die Pflege des muskelschwachen Rückens im Spiel- und Schulalter. Therapeut. Monatsh., 1913, Bd. XXVII, S. 115.

J. F. Gottstein. Die Skoliose im Leben und in der ärztlichen Praxis. Prager med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXVIII, S. 139.

Gourdon. Etude des troubles nerveux d'hyperexcitabilité observés dans certains cas de luxation congénitale de la hanche et leur influence au cours du traitement de la luxation. (Die nervösen Störungen der Hyperexzitabilität, wie sie bei einigen Fällen von angeborener Hüftgelenkverrenkung beobachtet wurden, und ihr Einfluß auf den Verlauf der Luxationsbehandlung.) Rev. de chir., 1912, Bd. XXXII, S. 768.

K. Hayashi und **M. Matsuoka.** Angeborene Mißbildungen kombiniert mit der kongenitalen Hüftverrenkung. Zeitschr. f. orthop. Chir., 1913, Bd. XXXI, S. 369.

— Über die Erblichkeit der angeborenen Hüftgelenkverrenkung. Zeitschr. f. orthop. Chir., 1913, Bd. XXXI, S. 400.

Mark Jansen. Physiological scoliosis. Brit. Med. Journ., 1912. Nr. 2707, S. 1372.

K. Kaneko. Congenital lateral curvature of the spine. (Kongenitale Skoliose der Wirbelsäule.) Amer. Journ. of orthop. Surg., 1913. Bd. X, S. 396.

Franz Kauffmann. Zur Kasuistik der kongenitalen Skoliose. Bericht über drei neue Fälle von angeborener seitlicher Rückgratsverkrümmung. Zeitschr. f. orthop. Chir., 1913, Bd. XXXI, S. 81.

E. Kirmisson. La coxa vara dans ses rapports avec les fractures et les décollements épiphysaires de l'extrémité supérieure du fémur. De la coxa vara traumatique. (Die Coxa vara in ihren Beziehungen zu Brüchen und Epiphysenlösungen des oberen Femurendes. Die traumatische Coxa vara.) Rev. de chir., 1912, Bd. XXXII, S. 732.

Leo E. Knopf. Beitrag zur Frage der unblutigen Behandlung der kongenitalen Hüftgelenkverrenkung. Dissertation, Gießen, 1912.

Th. Kölliker. Zur Behandlung des Schiefhalses. Zentralbl. f. Chir. u. Mech., Orthopädie, 1912, Bd. VI, S. 310.

Leiba Krawetz. Zur Behandlung des angeborenen Schiefhalses. Dissertation, Würzburg, 1912 (Halbig).

Bruno Künne. Die angeborene Hüftgelenkverrenkung. Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 353.

L. Lamy. Le traitement du torticolis dit congénital. (Die Behandlung des sogenannten angeborenen Schiefhalses.) Gaz. des hôp., 1912. Bd. LXXXV, S. 2081.

Lance. L'existence du signe de Dupuytren dans la luxation congénitale de la hanche chez l'enfant. Sa fréquence et sa signification. (Dupuytrensches Zeichen bei der kongenitalen Hüftgelenksluxation beim Kinde. Häufigkeit und Bedeutung.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 4, S. 209.

Lance. Pièce de luxation congénitale réduite à l'âge de 20 mois. (Kongenitale Luxation im Alter von 20 Monaten reduziert.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 5, S. 246.
— Présentation de scolioses graves traitées par la méthode d'Abbott. (Vorstellung von schweren Skoliosen behandelt nach Abbottscher Methode.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 363.
— Scolioses traitées par la méthode d'Abbott. (Skoliosen nach Abbottscher Methode behandelt.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 5, S. 245.
M. Lance. Un cas de coxa valga subluxans congénitale. (Ein Fall von subluxierender Coxa valga.) Rev. d'orthop., 1913, Bd. XXIV S. 75.
Lange. Wie weit kann heute die Zahl der Krüppel durch eine rechtzeitige Behandlung vermindert werden? Zeitschr. f. Krüppelfürsorge, 1912, Bd. V, S. 151.
J. Lauper. Zur Coxa vara. Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1912, Bd. CXVI, S. 347.
J. Lewy. Angeborene Skoliosen. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 39, S. 558.
Mayet. Scoliose et appendicite. (Skoliose und Appendizitis.) Soc. des chir. de Paris, 16. Mai 1913.
P. Möhring. Zur Technik des Klumpfußverbandes. Zeitschr. f. orthop. Chir., 1913, Bd. XXXI, S. 67.
Enta Morkownikowa. Über angeborene Skoliosen. Dissertation, Berlin, 1912 (Ebering).
Albert Mouchet. Sur la scoliose congénitale. (Kongenitale Skoliose.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 4, S. 205.
Albert Mouchet und **Maurice Ségard.** La coxa vara congénitale. (Kongenitale Coxa vara.) Paris méd., 30. März 1912.
Douglas C. Mac Murtrie. Crippled children in the English public schools. (Krüppelkinder in den englischen Schulen.) New York Med. Journ., 1913, Bd. XCVII, S. 188.
— Provision for the care of cripples in Sweden and Norway. (Fürsorge für Krüppel in Schweden und Norwegen.) Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 437.
Mac Murtrie. State care for crippled children in California. (Die staatliche Pflege verkrüppelter Kinder in Kalifornien.) California State Journ. of Med., Juli 1913.
— The need for state care of crippled children. etc. (Staatliche Pflege verkrüppelter Kinder.) Missouri State Med. Assoc. Journ., Mai 1913.
H. L. Rocher. A propos d'un cas de coxa vara d'origine infectieuse. (Über einen Fall von cox. vara infektiösen Ursprungs.) Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux, 1912, Nr. 46, S. 542.
Carle Roederer. En marge de la luxation congénitale. La hanche flottante consécutive à l'épiphysite du jeune âge. (Schlotterndes Hüftgelenk infolge einer im frühen Alter überstandenen Epiphysenentzündung.) La méd. infant., 1912, Bd. XVI, S. 169.
Wilhelm Schultheß. Über Plattfuß und seine Behandlung. Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte, 1912, Bd. XLII, S. 1075.
James Warren Sever. The relation of scoliosis to school seating. (Die Beziehungen der Skoliose zum Sitzen in der Schule.) New York Med. Journ., 1913, Bd. XCVII, S. 273.
Albert Stein. Die Bezeichnung Krüppel. Zeitschr. f. Krüppelfürsorge, 1912, Bd. V, S. 212.
Stimson. Special schools for crippled children. (Sonderschulen für verkrüppelte Kinder.) Missouri State Med. Assoc. Journ., Jänner 1913.
Alfred Straub. Ein Beitrag zur kongenitalen Patellarluxation. Dissertation, München, 1912 (R. Müller & Steinicke).
Tuckerman. Management, maintenance and efficiency of school for cripples in Cleveland. (Erfolge einer Schule für Krüppel in Cleveland.) Bull. Amer. Acad. of Med., Februar 1913.

Vignard. Arthrodèse par enclouage à l'aide d'une vis d'ivoire pour pied bot ballant paralytique. (Arthridese mittels Nagelung durch einen Elfenbeinstift wegen paralytischen schlaffen Klumpfußes.) Rev. de chir., 1912, Bd. XXXII, S. 630.

Oskar Vulpius. Die Behandlung des angeborenen Klumpfußes. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 585.

Wilh. Willemer. Zur Behandlung des muskulären Schiefhalses. Beiträge z. klin. Chir., 1912, Bd. LXXVII, S. 585.

Franz Wohlauer. Beitrag zur Frage der Köhlerschen Erkrankung des Os naviculare pedis. Zeitschr. f. orthop. Chir., 1913, Bd. XXXI, S. 125.

James K. Young. Progress in orthopedic surgery. (Fortschritt der orthopädischen Chirurgie.) Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 500.

Mißbildungen.

Max Bretz. Ein weiterer Fall eines kongenitalen Hautdefektes am Scheitel des Neugeborenen. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med., 1912, Bd. XLIV, S. 237.

Brückner. Über die skaphoide Form des Schulterblattes. Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LXXVIII, S. 291.

Chawa Bychowsky. Ein Fall von angeborener Ellbogenankylose eines im Wachstum zurückgebliebenen mißgebildeten Armes. Dissertation, München, 1913 (Druck der Union, Stuttgart).

André Challier und **Paul Santy.** Spina bifida géant. (Riesenspinabifida.) Rev. d'Orthopédie, 1913, Nr. 3, S. 256.

Chambrelent. Spina bifida chez un enfant naissant. (Spina bifida beim Neugeborenen.) Soc. de gynécol., d'obstétr. et de Pédiatrie de Bordeaux, Februar 1912.

Hans Chop. Syndaktylie mit amniotischen Abschnürungen und Brachydaktylie, zwei kasuistische Beiträge zum Studium der Extremitätenteratologie. Dissertation, Königsberg, 1913 (O. Kümmel).

Codet-Boisse. Circulaires du cordon. Main bote. Absence congénitale du radius. (Umschlingung der Nabelschnur, Klumphand, kongenitaler Radiusdefekt.) Journ. de méd. de Bordeaux, 1912, Bd. XLII, S. 601.

Combier. Sur le traitement du bec-de-lièvre. (Behandlung der Hasenscharte.) Journ. des prat., 1913, Nr. 1, S. 9.

F. G. Crookshank und **Sidney Boyd.** Case of congenital thoracic deformity. (Angeborene Thoraxmißbildung.) Proceed. of the Soc. of Med., Bd. VI, Nr. 6. Sect. f. the Study of Dis. in Child., 1913, S. 152.

Ruby L. Cunnningham. The scaphoid scapula: a normal variation in man. (Das skophoide Schulterblatt: eine normale Variation beim Menschen.) Arch. Internat., Med. 1912, Bd. X, S. 589.

Hubert Deselaers. Anatomische Untersuchung eines Falles von Situs inversus totalis. Dissertation, Straßburg, 1912 (Müh).

W. L. H. Duckworth. Note on a human skull, apparently the subject of cephalocele. (Notizen über einen fötalen menschlichen Schädel mit anscheinender Zephalozele.) Journ. of Anat. a Physiol., 1913, Bd. XLVII, S. 343.

Geo. H. Edington. Two unusual forms of spina bifida. (Zwei ungewöhnliche Fälle von Spina bifida.) Glasgow Med. Journ., 1913, Bd. LXXIX, S. 161.

Albert Ehrenfried. The occurence and etiology of club-foot. (Die Häufigkeit und Ätiologie des Klumpfußes.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 1940.

Matteo Fago. Contributo allo studio sul megacolon congenito. (Beitrag zum Studium des angeborenen Megalokons.) Gaz. degli osp. e delle clin., 1913, Bd. XXXIV, S. 300.

Edmund Falk. Fötale Entwicklungsstörungen am Becken und an der Wirbelsäule als Ursache von Deformitäten, insbesondere von Skoliosen und angeborener Hüftluxation. Zeitschr. f. orthop. Chir., 1913, Bd. XXXI, S. 545.

Emil Falk. Zur Kasuistik der Atresia ani. Dissertation, Berlin, 1912.
Fayol. Scoliose congénitale, soudures costales, spina bifida antérieur, hémiatrophie vertébrale. (Kongenitale Skoliose, Vereinigung einiger Rippen, Spina bifida anterior. Hemiatrophie einiger Wirbel.) Lyon méd., 1913, Bd. CXX, S. 623.
Hj. Forßner. Ein neuer Beitrag zur Pathogenese der angeborenen Darmatresien. Zentralbl. f. Chir., 1913, Bd. XL, S. 193.
– Zur Pathogenese der angeborenen Darm- und Ösophagusatresien. Arch. f. klin. Chir., 1912, Bd. C, S. 477.
John Fraser und **John W. L. Spence.** A unique case of congenital scoliosis. (Unikum von kongenitaler Skoliose.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 276.
Heinrich E. Frühwald. Zwei Fälle von kongenitaler Trichterbrust. Zieglers Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allgem. Pathol., 1913, Bd. LVI, S. 13.
Gebhardt. Zwei Fälle von Doppelbildungen der Zehen. Arch. f. Orthopädie, 1913, Bd. XII, S. 97.
Emil Grulich. Über Spina bifida occulta im Anschluß an einen Fall der hiesigen chirurgischen Klinik. Dissertation, Halle, 1912 (C. A. Kämmerer & Co.).
Hans Günther. Über angeborene Kinnscharten und Kinnfurchen, sowie einige andere Mißbildungen im Bereiche des 1. Kiemenbogens. Beiträge z. pathol. Anat., 1913, Bd. LV, S. 595.
A. Häberle. Ein Fall von Doppelmißbildung. (Dicephalus tribrachius.) Beiträge z. Geburtsh., 1913, Bd. XVIII, S. 39.
Siegmund Hadda. Der totale angeborene Rippendefekt. Zeitschr. f. orthop. Chir., 1913, Bd. XXXI, S. 176.
R. Halben. Bemerkung zu den Beiträgen zur Pathologie und Therapie des Hydrophthalmus congenitus. Zeitschr. f. Augenheilk., 1912, Bd. XXVIII, S. 606.
Franeis Harbitz. Ein Fall von Mikrozephalie. Kasuistische Mitteilung. Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol., 1913, Bd. XIII, S. 210.
M. Hedinger. Über Anenzephalie, insbesondere über die Muksulatur von anenzephalen und verwandten Mißbildungsformen. Rostock, Sitzungsberichte d. natf. Gesellsch., N. F., 1912, Bd. IV, S. 359.
Heuking. Permanente Ventrikeldrainage bei angeborenem Hydrocephalus internus. Petersburger med. Zeitschr., 1913, Bd. XXXVIII, S. 64.
B. Hiromoto. Statistik der angeborenen Mißbildungen in Japan. Arch. f. Orthop., Mechanotherap. u. Unfallchirurgie, 1913, Bd. XII, S. 219.
Le Jemtel-Broca. Inflexion congénitale des deux os de la jambe, à concavité antérieure. (Angeborene Einwärtsbiegung der beiden Unterschenkelknochen mit Konkavität nach vorne.) Rev. de chir., 1912, Bd. XXXII, S. 337.
Frederic Wood Jones. The anatomy of cervical ribs. (Die Anatomie der Halsrippen.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VI, S. 95.
Judet. Double pied-bot congénital. (Kongenitaler doppelseitiger Klumpfuß.) Soc. des chir. de Paris, 6. Juni 1913.
S. Kästner. Die Entstehung der Doppelbildungen des Menschen und der höheren Wirbeltiere. Sammlung anat. u. physiol. Vorträge u. Aufsätze, 1912, Bd. II, Nr. 5.
Yasukichi Kato. Über angeborenen Relief- und Leistenschädel bei Spina bifida und Enzephalozele. Arch. f. pathol. Anat., 1913, Bd. CCXI, S. 438.
E. Kirmisson. Surélévation congénitale de l'omoplate gauche avec dépression cicatricielle au devant du bord spinal. (Kongenitaler Hochstand der linken Schulter mit narbiger Einziehung über dem spinalen Rande.) Rev. d'orthop., 1913, Bd. XXIV, S. 37.

E. Kirmisson. Un cas d'absence ocngénitale des deux rotules avec flexion permanente des deux genoux, traité par une double ostéotomie supracondylienne. (Ein Fall von doppelseitigem Fehlen der Kniescheiben mit ständiger Beugung beider Knie, mit doppelter suprakondylärer Osteotomie behandelt.) Rev. de chir., 1912, Bd. XXXII, S. 769.

P. Kollert. Das skaphoide Schulterblatt und seine klinische Bedeutung für die Prognose der Lebensdauer. Wiener klin. Wochenschr., 1912, Bd. XXV, S. 2002.

Adolf Korbsch. Symmetrische kongenitale Knorpellänge am Hals. Dissertation, Breslau, 1913 (Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei).

Gustav Kraglinger. Ein Fall von hereditärer, kongenitaler doppelseitiger Synostose beider Vorderarmknochen an der proximalen Epiphyse. Dissertation, Bonn, 1912 (Ludwig).

Anton Krokiewicz. Ein Fall von Situs viscerum inversus completus. Arch. f. pathol. Anat., 1912, Bd. CCXI, S. 429.

E. Lautenschläger. Ein Fall von Doppelbildung der Stimmbänder. Arch. f. Laryngol. u. Rhinol., 1912, Bd. XXVI, S. 706.

Artur Läwen. Über einen Fall von kongenitaler Wirbel-, Bauch-, Blasen-, Genital- und Darmspalte mit Verdoppelung des Cökums und des Wurmfortsatzes. Beiträge z. pathol. Anat., 1913, Bd. LV, S. 575.

Leitao. A case of congenital myxoma of the feet. (Angeborenes Myxom beider Füße.) Amer. Journ. Dis. Child., Mai 1913.

Ch. Leroux. R. Labbé und **G. Barret.** Inversion viscérale totale chez deux frères de 13 et 7 ans. (Totaler Situs viscerum inversus bei zwei Brüdern von 13 und 7 Jahren.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1912, S. 297.

Julius Levi. Über angeborene Hirnbrüche. Dissertation, München, 1912 (R. Müller & Steinicke).

Ernst Liebich. Über einen Fall von Transposition der großen Gefäße. Zentralbl. f. Gynäkol., 1913, Bd. XXXVII, S. 570.

Johannes Linke. Über ein Monstrum multiforme. Reichsmedizinalanzeiger, 1912, Bd. XXXVII, S. 775.

Linzenmeyer und **Brandes.** Extrachoriale Fruchtentwicklung und ihre Bedeutung für die Entstehung kongenitaler Deformitäten. Beiträge z. klin. Chir., 1912, Bd. LXXXII, S. 100.

A. Lorenz. Über angeborenen Hochstand des Schulterblattes. Wiener med. Wochenschr., 1912, Bd. LXII, S. 2752.

Ernst Löwenstein. Zur Kasuistik der Hemmungsmißbildungen an der oberen und unteren Extremität. Zeitschr. f. orthop. Chir., 1913, Bd. XXXI, S. 421.

Martin. Faut-il opérer le spina bifida? Quand faut-il l'opérer? (Soll man Spina bifida operieren und wann?) Thèse de Nancy, 30. Juli 1912.

Reginald Miller und **G. Harrison Orton.** A case of patent ductus arteriosus, with skiagram. (Ein Fall von offenem Ductus arteriosus mit Röntgenogramm.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1913, Bd. X, S. 109.

Johannes Million. Über kongenitale partielle Hypertrophie. Dissertation, München, 1912 (Müller & Steinicke).

Kurt Morgenstern. Über kongenitale hereditäre Ankylosen der Interphalangealgelenke. Bruns Beiträge z. klin. Chir., 1913, Bd. LXXXII, S. 508.

Albert Mouchet. Synostose radio-cubitale congénitale. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 4, S. 206.

A. E. Naish. Cervical rib with neuritic symptoms, operation with successful result. (Halsrippe mit neuritischen Symptomen. Erfolgreiche operative Behandlung.) Proceed. of the Roy,. Soc. of Med. 1913, Bd. VI, S. 151.

Harold Neuhof. Angeborener Schulterhochstand (Sprengels Deformität). Familiärer Typ. Zeitschr. f. orthop. Chir., 1913, Bd. XXXI, S. 519.

Armand Oster. Über einen Fall von Doppelmißbildung. Dicephalus tribrachius. Dissertation. München, 1912.

Ephim-Chaim Perlis. Über Spina bifida. Dissertation, Berlin, 1912 (Ebering).

Perrin. Oblitération congénitale de l'intestin grêle, arrêt de developpement du gros intestin et de la partie terminale de l'intestin grêle. (Kongenitaler Verschluß des Dünndarms, Entwicklungshemmung des Dickdarms und des letzten Teiles des Dünndarms.) Rev. d'orthop., 1913, Bd. XXIV, S. 183.

William Petersen. Atresia of the oesophagus with transposition of the viscera. (Atresie des Ösophagus mit gleichzeitiger Transposition der Eingeweide.) Transact. of the Chicago Pathol. Soc., 1913, Bd. IX, S. 26.

P. Petit. Malformations multiples chez un enfant atrophique. (Multiple Mißbildungen bei einem atrophischen Kind.) Clin. infant., 1912, Bd. X, S. 209.

Gino Pieri. La greffe aponévrotique libre dans l'opération du spina bifida. (Der Faszienlappen bei der Operation der Spina bifida.) Ann. de méd. et chir. infant., 1913, Bd. XVII, S. 97.

Paul Reclus. Le rétrécissement congénital du rectum. (Die angeborene Rektumverengerung.) Presse méd., 1913, Bd. XXI, S. 29.

Elisabeth Reikine. Zur Kenntnis des kongenitalen Ulnadefekts. Dissertation, Berlin, 1912 (Ebering).

J. H. O. Reys. Kongenitaler Wirbeldefekt. Tijschr. voor Geneesk., 1912, Bd. XLVIII, S. 1514.

Wilhelm Risel. Canalis neurentericus und Rhachischisis anterior. (Drei Fälle von Persistenz des Canalis neurentericus bei Rachischisis anterior mit Störungen im Schluß des Zwergfells und Herzbeutels.) Verhandlungen der deutschen pathol. Gesellsch., 1912, Bd. XV, S. 379.

H. L. Rocher. Pronation congénitale par dysplasie articulaire radiocubitale. Considérations sur les raideurs articulaires congénitales. Journ. de méd. de Bordeaux, 1912, Nr. 46, S. 734.

Viktor Saalmann. Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Spina bifida. Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1913, Bd. CXX, S. 387.

Oscar Saxenberger. Über bilateralen, kongenitalen, totalen Fibuladefekt. Dissertation, Berlin, 1912 (Ebering).

Carl Schäfer. Makroglossie und Mikroglossie. Dissertation, Halle, 1912 (Kämmerer).

Wilhelm Schwarzbach. Über zwei Fälle von angeborenen Mißbildungen im Bereich der oberen Extremitäten. Zentralbl. f. chir. Orthopädie, 1912, Bd. VI, S. 425.

J. H. Sequeira. Congenital absence of both thumbs. (Angeborenes Fehlen beider Daumen.) Lancet, 1913, Bd. CLXXXIV, S. 385.

Carroll Smith. The congenital absence of ribs. Report of a case with complete absence of the left seventh and eight ribs. (Kongenitales Fehlen von Rippen. Bericht über einen Fall von vollständigem Fehlen der linken 7. und 8. Rippe.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LX, S. 895.

Hugo Stettiner. Epispadie und Hypospadie. Ergebnisse der Chir., 1913, Bd. V, S. 532.

R. Stierlin. Offenes Meckelsches Divertikel. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1912, Bd. XLII, S. 1034.

A. Sundholm. Ein Fall von Megacolon congenitum (Hirschsprungsche Krankheit) operativ behandelt. Finska Läkarsällsk. Handl., 1912, Bd. LIV, S. 535.

P. Takdon. Hypertrophie congénitale du membre inférieur droit. (Kongenitale Hypertrophie der rechten unteren Extremität.) Rev. d'orthop., 1. März 1913.

Tecqmenne. Absence congenitalé du radius et du péroné. (Angeborenes Fehlen des Radius und der Fibula.) Ann. de chir. et d'orthop., 1913, Bd. XXVI, S. 21.

Tilp. Spina bifida sacralis anterior. Verhandlungen der deutschen pathol. Gesellsch., 1912, Bd. XV, S. 415.

P. Tridon. Hypertrophie congénitale du membre inférieur droit. (Kongenitale Hypertrophie der rechten unteren Extremität.) Rev. d'orthopédie, 1913, Bd. XXIV, S. 187.

Tamonji Urano. Über einen Fall von Spina bifida. Dissertation, München, 1912 (Kastner & gen. N. Callwey).

Viannay. Imperforation ano-rectale; recherche infructueuse de l'ampoule; anus coecal; mort. La Loire méd., 1913, Nr. 9, S. 277.

E. Petit de la Villéon. Méningocèle sous-lambdatique (spina bifida cranien). Opération. Guérison. (Meningozele des Hinterkopfs [Kraniale Spina bifida]. Operation. Heilung.) Gaz. hebdom. des scienc. méd. de Bordeaux, 1913, Bd. XXXIV, S. 63.

Petit de la Villéon. Série familiale de malformations congénitales. (Serie kongenitaler Mißbildungen in einer Familie.) Gaz. hebdom. des scienc. méd. de Bordeaux, 1912, Nr. 46, S. 568.

Wilh. Waldeyer. Über Mikrozephalie. Verhandlungen der Gesellschaft Deutscher Naturforscher, 1912, Bd. LXXXIV, S. 1.

Erich Walther. Zur formalen und kausalen Genese der Brustmuskel- und Brustdrüsendefekte. Arch. pathol. Anat., 1913, Bd. CCXII, S. 68.

Richard Weintraub. Zur Kenntnis der kongenitalen Kutisdefekte. Dermatol. Wochenschr., 1913, Bd. LVI, S. 389.

Romuald Wenglowski. Über die Halsfisteln und Zysten. Teil 2. Arch. f. klin. Chir., 1913, Bd. C, S. 789.

Harry Weßler und **Murray H. Baß.** Persistent ductus Botalli and its diagnostis by the orthodiagraph. (Persistenz des Ductus Botalli; Diagnose mittels des Orthodiagraphen.) Amer. Journ. of the Med. Scienc., 1913, Bd. CVL, S. 543.

Nicolaus Wolostnich. Über Trichterbrust. Dissertation, Berlin, 1913 (E. Ebering.)

Celina Zalewska-Ploska. Über zwei Fälle von Zweiteilung des Rückenmarks. Zieglers Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allgem. Pathol., 1913, Bd. LV, S. 416.

Vergiftungen.

O. H. Campbell. A peculiar case of common salt poisoning. (Ein eigenartiger Fall von Kochsalzvergiftung.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 1290.

Gerichtliche Medizin.

F. Dervieux und **J. Leclercq.** Examen des taches de méconium en médecine légale (Untersuchung der Mekoniumflecke in der gerichtlichen Medizin.) Ann. d'hyg. publique, 1912, Bd. XVII, S. 213.

Martin Nippe. Ergebnisse mikroskopischer Untersuchungen von Lungen Neugeborener für die Feststellung des Gelebthabens. Ärztl.-Sachverständigen-Ztg., 1913, Bd. XIX, S. 185.

Patoir und **Leclerq.** Présence de suffusions sanguines disséminées dans les tissus du cou chez les nouveau-nés n'ayant subi aucune manoeuvre criminelle. (Anwesenheit verstreuter Blutergüsse in den Geweben des Halses bei Neugeborenen, die keinerlei kriminellen Handhabungen ausgesetzt waren.) Ann. d'hyg. publique, 1912, Bd. XVII, S. 372.

Hygiene und soziale Medizin.

Walter Abelsdorff. Gewerbsmäßige Kinderarbeit. Gautzsch bei Leipzig, 1913. Verlag von Felix Dietrich. Preis 50 Pfennig.

Achard. Rapport sur la revision de la loi Roussel. Acad. de méd., Paris, 6. Mai 1913.

Allison. Relation of crippled child to community from orthopedic standpoint. (Verhältnis des verkrüppelten Kindes zur Gemeinde.) Missouri State Med. Assoc. Journ., Jänner 1913.

Peter Bade. Krüppelheilkunde und Rassenhygiene. Zeitschr. f. Krüppelfürsorge, 1912, Bd. V, S. 205.

H. Barbier. Statistique de la crèche de mon service de nourrissons de l'hôpital Hérold. Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 360.

Marie Baum. Stillbeihilfen im Regierungsbezirk Düsseldorf. Mutter und Kind, 1913, Bd. V, S. 4.

Georges Bels. Etude sur la mortalité infantile à Bailleul. Thèse de Paris, 1912, Nr. 387.

Boecale. Säuglingssterblichkeit und Geburtenrückgang, eine Parallele zwischen der Stadt Regensburg und dem Bezirksamte Regensburg. Blätter f. Säuglingsfürsorge, 1913, Bd. IV, S. 269.

J. Bornträger. Zum Thema Geburtenrückgang in Deutschland. Zeitschrift f. Säuglingsfürsorge, 1913, Bd. VI, S. 405.

Frédéric-J.-Bose. Ce que doit être une consultation de nourrissons; compte rendu de la consultation des nourrissons de Montpellier (années 1908 — 1912). (Was gehört zu einer Säuglingsfürsorgestelle. Bericht über die Säuglingsfürsorge in Montpellier.) Montpellier, méd. 1913, Bd. XXXVI, S. 81.

Breyer. Die Berufsvormundschaft über die unehelichen Kinder in den Städten und auf dem Lande. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1912, Bd. IV, S. 461.

Herm. Brüning. Die Rostocker Krippe. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1913, Bd. V, S. 13.

H. Brüning und **W. Stein.** Die Säuglingssterblichkeit im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin, nebst Bemerkungen über ihre Ursachen und Bekämpfung. Ergänzungsheft der Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1913, Bd. I, S. 141.

Buddee. Säuglingssterblichkeit oder Geburtenrückgang? Zeitschr. f. Medizinalbeamte, 1913, Bd. XXVI, S. 101.

Georges Cahen. La fédération des cantines maternelles. (Der Bund der Mütterspeisestuben.) Rev. philanthrop., 1913, Bd. XVI, S. 411.

Henry Coullet. Les cantines maternelles et les restaurants gratuits pour nourrices. La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 458.

— Les restaurants gratuits pour nourrices de M. et Mme. Henry Coullet et les Instituts de Puériculture. La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 385.

Cray. Infant mortality. (Säuglingssterblichkeit.) New Jersey Med. Soc. Journ., Juni 1913.

Dörnberger. Kleinkinderfürsorge. Blätter f. Säuglingsfürsorge, 1913, Bd. IV, S. 325.

Duplessis. La Goutte de Lait et la consultation de nourrissons des mines de Blanzy. La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 463.

R. Felhoen. De l'élevage du nourrisson dont la mère travaille à l'usine. Congrès national de la Protection du Premier Age, Bordeaux, Mai 1913.

G. Gohde. Walderholungsstätten und Waldschulen, insbesondere die Charlottenburger Waldschule. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1913, Bd. XXVI, S. 602.

Adolf Gottstein. Die Kleinkinderfürsorge. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1913, Bd. V, S. 1.

Gumprecht. Ein Merkblatt für die Gemeinden zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit nebst Anmerkungen über Säuglingssterblichkeit in Sachsen-Weimar. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1912, Bd. IV, S. 495.

Hanssen. Über Unregelmäßigkeiten im Abfall der Säuglingssterblichkeit nach Tagen und Monaten. „Klippen". Zeitschr. f. Säuglingsschutz. 1913, Bd. V, S. 92.

Marie Hausner. Die Wohlfahrtsauskunftsstelle der Wöchnerinnen in der Universitäts-Frauenklinik München. Blätter f. Säuglingsfürsorge, 1913, Bd. IV, S. 340.

Heim. Was kann von Staat und Gemeinde auf dem Gebiete der Krüppelfürsorge geschehen? Zeitschr. f. Krüppelfürsorge, 1912, Bd. V, S. 178.

Wolfgang Heller. Die Kinderarbeit in Ungarn. Zeitschr. f. Kinderschutz u. Jugendfürsorge, 1913, Bd. V, S. 97.

Henriette Herzfelder. Das Recht des unehelichen Kindes in neuen schweizerischen Zivilgesetzbuch. Kultur und Fortschritt, 1913, Nr. 453, S. 1.

Th. Hoffa. Offene und geschlossene Fürsorge für Haltekinder und Uneheliche. Zeitschrift f. Säuglingsschutz, 1912, Bd. IV, S. 423.

— Probleme der Säuglingsfürsorge im Deutschen Reiche. Zeitschr. f. Kinderschutz u. Jugendfürsorge, 1913, Bd. V, S. 46 u. 81.

F. Kemsies. Die hygienische Überwachung der Hausarbeiten. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1913, Bd. XXVI, S. 593.

Chr. J. Klumker. Sammelvormundschaft und Konfession, ein Kammergerichtsbeschluß. Zentralbl. f. Vormundschaftswesen, Jugendgerichte und Fürsorgeerziehung, 1913, Bd. V, S. 73.

Lambrechts. Du jeu dans la lutte contre la mortalité infantile. (Das Spiel im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit.) Belgique méd., 1913, Bd. XX, S. 51.

Laroche. Gouttes de lait et allaitement au sein. Les résultats statistiques de la Goutte de la lait de Montceau-les-Mines. La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 398.

Mathilde Lateiner-Meyerhofer. Die Säuglingsfürsorge in Österreich. Zeitschr. f. Kinderschutz u. Jugendfürsorge, 1913, Bd. V, S. 116.

Lederle. Plans for the reduction of infant mortality. (Pläne zur Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit.) New York Med. Journ., 5. Juli 1913.

Lefour und **Balard.** Consultation des nourrissons de la clinique d'accouchement de la Faculté de Bordeaux (résultats des cinq premières années.) Soc. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatrie de Bordeaux, Mai 1912.

Lehmann. Über die Bedeutung der Gründe und die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit auf dem Lande. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1912, Bd. IV, S. 451.

Julius Levy. The relation of social and economic conditions to infant morbidity and mortality. (Beziehungen der sozialen und ökonomischen Verhältnisse zur Säuglingsmortalität und Morbidität.) Arch. of Pediatrics, 1912, Bd. XXIX, S. 46.

F. Liedtke. Zur Säuglingssterblichkeit in Königsberg i. Preußen. Zeitschrift f. Hyg. u. Infektionskrankh., 1913, Bd. LXXIV, S. 305.

H. Liefmann und **A. Lindemann.** Die Lokalisation der Säuglingssterblichkeit in Berlin und ihre Beziehung zur Wohnungsfrage. Med. Klin., 1912, Bd. VIII, S. 1074.

Lietz und **Sexauer.** Die Bedeutung der Landerziehungsheime vom pädagogischen Standpunkt. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1913, Bd. XXVI, Beiheft, S. 93.

Helene Lohmann. Ratschläge für die Fürsorgearbeit. Mutter und Kind, 1913, Bd. V, S. 9.

A. B. Marfan. L'assistance aux nourrissons dans les grandes villes. (Säuglingsfürsorge in großen Städten.) Le Nourrisson, 1913, Bd. I, S. 197.

E. Mayerhofer. Die volkswirtschaftliche Bedeutung von Syphilis, Tuberkulose und Ernährungsstörungen des frühen Kindesalters. Das österr. Sanitätswesen, 1912, Bd. XXIV, S. 1712.

Josef Meier. Hebammenausbildung und Säuglingspflege vor 400 Jahren. Blätter f. Säuglingsfürs., 1913, Bd. IV, S. 132, 165.

Moncorvo fils. Protection de l'enfance au Brésil. Notes historiques sur l'Institut de protection et assistence à l'enfance de Rio de Janeiro. La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 203.

A. von Müller. Die Tätigkeit des bayrischen Frauenvereines vom Roten Kreuz in Säuglingssorge und Mutterschutz im Jahre 1912. Blätter f. Säuglinsfürsorge, 1913, Bd. IV, S. 263.

W. Gibson Parker. Infantile mortality and the health of survivors in elementary schools. (Säuglingssterblichkeit und der Gesundheitszustand der Überlebenden in den Elementarschulen.) Public health, 1913, Bd. XXVI, S. 186.

Passemiers und **Duquesne.** La Crêche Modèle. (Die Musterkrippe). La Rev. Belge de puéricult., 1912, Bd. I, S. 71.

Paterne, Veil-Picard und **Sergent.** La loi Roussel. Des améliorations à apporter au contrôle de l'élevage. (Das Rousselsche Gesetz. Verbesserungen in der Pflege und Kontrolle.) Congrès nat. de la protection de lu premier âge, Bordeaux, Mai 1913.

Power. Effect of athletics on young people. (Einfluß des Athletensportes auf junge Leute.) California State Journ. of Med., Juni 1913.

W a c h e n h e i m.

Louis Py. La puériculture en France et la mortalité infantile. Thèse de Toulouse, 1912/1913.

Reuben. Infant mortality. (Säuglingssterblichkeit.) Med. Record, 9. August 1913.

Herman Rohleder. Der Geburtenrückgang — eine Kulturfrage. Berliner Klin., 1913, Bd. XXV, S. 1.

Leonhard Rosenfeld. Welche Kosten macht die Krüppelfürsorge. Zeitschrift f. Krüppelfürsorge, 1912, Bd. V, S. 185.

Hans Schmidt. Statistischer Bericht über die Tätigkeit der Säuglingsberatungsstelle und -milchküche München-Westend in den Jahren 1908 und 1909. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1913, Bd. VII, S. 21.

Joh. Schrader. Die Todesfälle der Säuglinge nach der Stocklage der Sterbewohnung in Halle a. S. 1909/1911. Hyg. Rundschau, 1913, Bd. XXIII, S. 57.

B. D. A. Friedrich Schutte. Das Erholungsheim, Ferienkurhaus, Schülerheim, Pädagogium, unter besonderer Berücksichtigung der hygienischen Anforderungen. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1913, Bd. XXVI, S. 369, 436, 537.

H. Seurfield. The need for infant management being given a more important place in the medical curriculum. (Über die Notwendigkeit, der Säuglingspflege einen wichtigeren Platz im Medizinstudium anzuweisen.) Public health, 1913, Bd. XXVI, S. 111.

Solomon. Infant mortality and eugenics. (Säuglingssterblichkeit und Eugenik.) Illinois Med. Journ., März 1913.

Kamilla Theimer. Kinderschutz und Jugendfürsorge auf dem Lande. Zeitschr. f. Kinderschutz u. Jugendfürsorge, 1913, Bd. V, S. 8.

Léon Thévenot. Le phlegmon périnéphritique chez l'enfant. (Die perinephritischen Phlegmone beim Kind.) Rev. prat. d. malad. d. d. org. génito-urin., 1913, Bd. X, S. 13.

Trumpp. Die moderne Säuglingsbehandlung und das Publikum. Blätter f. Säuglingsfürsorge, 1913, Bd. IV, S. 129.

Laura Turnau. Über das Schicksal der unehelichen Kinder Düsseldorfs. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1913, Bd. VI, S. 410, 437.

G. Variot. La loi Roussel devant l'académie de Médicine. La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 513.

G. Variot. Le Conseil de surveillance de l'assistance publique a décidé le rétablissement de l'Institut de puériculture de l'Hospice des Enfants-Assistés. La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 289.
— Le fonctionnement de l'Institut de puériculture à l'Hospice des Enfants-Assistés pendant l'année 1911/1912. (Die Tätigkeit des „Instituts de puériculture" bei den „Enfants-Assistés" im Jahre 1911 bis 1912.) Clin. infant, 1912, Bd. X, S. 673.
— Programme et fonctionnement des cours et exercices pratiques de l'institut de puériculture pendant l'année 1911/1912. (Programm und Ausführung der Kurse und praktische Übungen des Institutes für Jugendfürsorge im Jahre 1911 bis 1912.) Clin. infant., 1912, Bd. X, S. 548.
Ulbrich. Die Berufswahl der Krüppel. Zeitschr. f. Krüppelfürsorge, 1912, Bd. V, S. 159.
Fritz Wahrendorf. Wege zur Säuglingsfürsorge. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1913, Bd. VII, S. 1.
Waldron. Milk stations or infant mortality. (Milchstationen und Säuglingssterblichkeit.) Arch. of Pediatrics, April 1913.
Wile. Hygiene for the normal child. (Hygiene des normalen Kindes.) Med. Record, 1. Februar 1913.
— Social pediatrics. (Soziale Kinderheilkunde.) Boston Med. and Surg. Journ., 12. Juni 1913.
Wuermeling. Einzelvormundschaft und Sammelvormundschaft. Ein Wort zur Klarstellung und zur Verständigung. Zentralbl. f. Vormundschaftswesen, Jugendgerichte u. Fürsorgeerziehung, 1913, Bd. V, S. 25.
— Mündelsicherheit. Zentralbl. f. Vormundschaftswesen, Jugendgerichte u. Fürsorgeerziehung, 1913, Bd. V, S. 109.
Oeuvre de l'allaitement maternel. (Propaganda für die Ernährung an der Mutterbrust.) Rev. philanthrop., 1913, Bd. XXXII, S. 706.
— La Priorité du titre d'„Institut de Puériculture". La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 417.
— Goultes de lait et crêches en Annam. (Säuglingsfürsorgestelle und Krippe in Annam.) Clin. infant., 1912, Bd. X, S. 552.

Hospitäler.

Isaac A. Abt. Individual prophylaxis in children's hospital. (Individuelle Prophylaxe in Kinderspitälern.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1912, Bd. LIX, S. 1685.
Edmund Homa. Über Dauererfolge und Schicksale von im Seehospize zu Triest 1896 bis 1903 behandelten Brünner Kindern. Wiener klin. Wochenschr., 1913, Bd. XXVI, S. 420.
Otto Hornemann und **Anna Müller.** Einrichtungen zur Verhütung der Übertragungen von Infektionskrankheiten in Kinderspitälern und ihre Beurteilung nach den bisher vorliegenden experimentellen Untersuchungen. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk., 1913, Bd, XI, S. 492.
Ludwig F. Meyer. Zur Infektionsverhütung im Säuglingsspital. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VII, S. 233.

Vakzination.

Gueit. Eruption de cow-pox chez un enfant non vacciné. Soc. des scienc. méd. de Montpellier, 27. Juni 1913.
J. L. Kerby-Smith. Bullous dermatitis following vaccination, with a report of a case. (Dermatitis bullosa nach Vakzination; Bericht eines Falles.) Med. Record, 1912, Bd. LXXXII, S. 290.
D. Klepetar. Über einen bemerkenswerten Fall von Übertragung von Vakzinationspusteln. Prager med. Wochenschr., 1912, Bd. XXXVII, S. 517.

E. Rossiwall. Ein Fall von Vakzineübertragung auf die Analgegend. Mitteil. d. Gesellsch. f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien, Bd. XII, S. 146.

Lewis A. Sexton. The use of antistreptococcus serum locally in the treatment of vaccinal ulcers. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 139.

Schule.

L. C. Allen. A plea for the medical inspection of our country schools. (Ärztliche Schulaufsicht bei Landschulen.) Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 509.

Frank Allport. School hygiene of the health and progress of the school child. Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 352.

George A. Anden. Review of the Literature and progress of School Hygiene in Great Britain from 1908 to 1911. (Bericht über die Literatur und den Fortschritt der Schulhygiene in Großbritannien von 1908 bis 1911.) Internat. Arch. f. Schulhyg., 1912, Bd. VIII, S. 366.

Bayerthal. Über die prophylaktischen Aufgaben des Schularztes auf dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. Internat. Arch. f. Schulhyg., 1912, Bd. VIII, S. 508.

Becker. Method of obtaining proper school sanitation. (Assanierung der Schule.) Illinois Med. Journ., August 1913.

Black and **Vaughn.** Protection of the eyes of school children. (Augenschutz für Schulkinder.) Ophthalmic Record, Februar 1913.

Blair. Country school sanitation. (Assanierung der Schulen auf dem Lande.) Illinois Med. Journ., August 1913.

J. Brandau. Einfluß der kalten Füße auf die Geistestätigkeit von Schulkindern. Internat. Arch. f. Schulhyg., 1912, Bd. VIII, S. 391.

O. Brieger. Schwerhörigkeit in der Schule. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1913, Bd. XXVI, Beiheft, S. 145.

Martin Chotzen. Zur Frage der Durchführung einer ärztlichen sexuellen Belehrung in der Schule. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1913, Bd. XXVI, Beiheft, S. 196.

L. Pierce Clark. The need of psychologic clinics in connection with the public schools. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 197.

K. Classen. Ansteckende Krankheit und Aussetzen des Schulunterrichts. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1913, Bd. XXVI, S. 387.

Crämer. Hygiene und Schule. Internat. Arch. f. Schulhyg., 1912, Bd. VIII, S. 208.

Drake. Sanitary problems of school children. (Schulkinderhygiene.) Kentucky Med. Journ., 1. Juni 1913.

Louis Dufestel. La fiche sanitaire des élèves des écoles de Paris. (Der Gesundheitsbogen der Schüler der Pariser Schulen.) Méd. scol., 1913, Bd. VI, S. 97.

K. Franke. Schulhygiene in Japan. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, S. 729.

Gantt. School sanitation. (Schulhygiene.) South Carolina Med. Assoc. Journ., Mai 1913.

Gentzen u. Clara Bender. Aufgaben des Schularztes bei der hygienischen und sexuellen Belehrung in der Schule. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1913, Bd. XXVI, Beiheft, S. 167.

Gettkant. Bedeutung und Wert der schulärztlichen Untersuchung an Fortbildungsschulen. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1913, Bd. XXVI, S. 289.

Goodonough. Medical inspection of schools. (Ärztliche Schulaufsicht.) Bull. Amer. Acad. of Med., Juni 1913.

Goodhart. Atypical children. (Atypische Kinder.) New York Med. Journ., 12. April 1913.

Gould. Saving the backward school child. (Rettung des zurückbleibenden Schulkindes.) Journ. Amer. Med. Assoc., 5. April 1913.

Grayson. Open-air- schools. (Freiluftschulen.) Bull. Amer. Acad. Med., Juni 1913.

J. M. Hamelberg. Zahnärztliche Hilfe an den Schulen zu Amsterdam. Tijschr. voor Geneesk., 1912, Bd. XLVIII, S. 2103.

E. Henrotin. La Collaboration du Médecin, du Pédagogue et de l'Infirmière. (Arzt, Pädagoge und Schulschwester in ihrem Zusammenwirken.) Internat. Arch. f. Schulhyg., 1912, Bd. VIII, S. 431.

Hepner. Schulärztliche Tätigkeit im Staate Viktoria. Der Schularzt, 1913, Bd. XI, S. 66.

Ludwig Hirsch. Schulaugenkliniken. Med. Reform, 1913, Bd. XXI, S. 6.

Jordan. School diseases. (Schulkrankheiten.) Journ. Amer. Med. Assoc., 8. Februar 1913.

E. Jordy. Bericht über die schulhygienische Literatur der Schweiz in den Jahren 1908 und 1909. Internat. Arch. f. Schulhyg., 1912, Bd. VIII, S. 529.

R. Kaz. L'inspection oculistique des écoles en Russie 1902—1912. (Die augenärztliche Überwachung in den russischen Schulen. Internat. Arch. f. Schulhyg., 1912, Bd. VIII, S. 375.

F. Kemsies. Schulstrafen und Schuleinrichtungen. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1913, Bd. XXVI, S. 304.

Kinch. The teaching of first aid in schools. (Unterricht in der ersten Hilfe in der Schule.) Bull. Amer. Acad. Med., Juni 1913.

Kinney. Plan for medical inspection of country school. (Plan zur ärztlichen Schulaufsicht auf dem Lande.) Wisconsin Med. Journ., Jänner 1913.

L. Leubuscher. Die schulärztlichen Einrichtungen einer englischen Stadt. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1912, Bd. XXV, S. 857.

Friedrich Lorentz. Zur Methodik der hygienischen Jugendunterweisung. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1913, Bd. XXVI, Beiheft, S. 201.

Mary Sutton Macy. Instruction in child hygiene. (Unterricht in der Hygiene des Kindes.) New York Med. Journ., 1913, Bd. XCVII, S. 74.

Mann. Sanitation in schools. (Schulhygiene.) Georgia Med. Assoc. Journ., April 1913.

Albert Moll. Die Erziehung und Behandlung des nervösen Schulkindes. Med. Ref., 1913, Bd. XXI, S. 93.

Mac Murchy. Medical inspection of schools. (Ärztliche Schulaufsicht.) Canadian Med. Assoc. Journ., Februar 1913.

Louis Netter. La prophylaxie des maladies contagieuses à l'école: L'affichage, l'enquête méthodique, le rapport. (Die Prophylaxe der Infektionskrankheiten in der Schule. Anschläge in der Schule, systematische Erkundigungen, Schulbericht.) Med. scolaire, 1913, Bd. VI, S. 193.

Öhme. Schulturnen und Arzt. Der Schularzt. 1913, Bd. XI, S. 113.

Peters. Über den Einfluß der verschiedenen Grade der erblich-tuberkulösen Belastung auf die allgemeine Körperbeschaffenheit der Volksschulkinder. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 786.

C. v. Pirquet. Krankheiten und Schwächezustände der Schuljugend. Das österr. Sanitätswesen, 1912, Bd. XXIV, S. 1548.

Platzhoff-Lejeune. Une Ecole des Sciences de l'Education à Genève. (Eine Schule der Erziehungswissenschaften in Genf.) Internat. Arch. f. Schulhyg., 1912, Bd. VIII, S. 550.

Franz Pleier. Zur Tageslichtmessung in Schulen. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1913, Bd. XXVI, S. 531.

Edmund Redslob. Volksschule und Auge. Die schulaugenärztliche Tätigkeit in den Volksschulen Straßburgs. Internat. Arch. f. Schulhygiene, 1912, Bd. VIII, S. 336.

Root. The medical inspection of schools. (Ärztliche Schulaufsicht.) Michigan State Med. Soc. Journ., April 1913.

Rothfeld. Welchen Einfluß haben Schulbetrieb und Schulgebäude auf die Beschaffenheit der Schulluft? Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1913, Bd. XXVI, S. 82.

Albert Schein. Ein Mahnwort an alle Schulärzte. Der Schularzt, 1913, Bd. XI, S. 114.

L. Storrow Shennan. The care of the teeth in relation to the health of children at the school ages. (Zahnpflege in Beziehung zur Gesundheit der Kinder im Schulalter.) Edinburgh Med. Journ., August 1912.

Thomas G. Sloan. The medical supervision of school children in South Manchester, Conn. (Die ärztliche Überwachung der Schulkinder in Süd-Manchester, Conn.) Med. Record, 1912, Bd. LXXXII, S. 339.

Steinhaus und **Wehrhahn.** Welche Anforderungen sind in körperlicher und geistiger Beziehung an den Schulneuling zu stellen? Zeitschrift f. Schulgesundheitspflege, 1913, Bd. XXVI, Beiheft, S. 16.

Alfred Sternthal. Eine Epidemie von Mikrosporie unter Braunschweiger Schulkindern. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, 1912, Bd. CXIII, S. 1103.

W. F. Steyn Parvé Unia. Zahnärztliche Hilfe an Schulkindern. Tijschr. voor Geneesk., 1912, Bd. XLVIII, S. 2115.

Thiele. Versuch einer Biologie der Schulanfänger. Zeitschr. f. Schulgesundheitsplfege, 1913, Bd. XXVI, S. 377.

August Friedrich Voirol. Untersuchungen über Refraktion, Farbensinn und Muskelgleichgewicht an den Augen von 939 Schulkindern. Zeitschr. f. Augenheilk., 1912, Bd. XXVIII, S. 95.

Walker. Routine disinfection of schools. (Regelmäßige Desinfektion der Schulen.) New York Med. Journ., 15. Februar 1913.

Karl Wilker. Die Stellung der höheren Schulen zur Aufklärung ihrer Schüler über sexuelle Fragen. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1913, Bd. XXVI, S. 458.

Lewis Williams. The medical inspection of children under school age. (Die ärztliche Aufsicht über vorschulpflichtige Kinder.) Journ. of the Roy. San. Inst., 1913, Bd. XXXIII, S. 639.

David J. Williamson. An open-air school for London children. (Eine Freiluftschule für Londoner Kinder.) Child., 1913, Bd. III, S. 443.

Hans Würz. Das künstlerische Moment im Unterricht und in der Ausbildung der Krüppel. Zeitschr. f. Krüppelfürsorge, 1912, Bd. V, S. 167.

Zenner. Sex instruction in school. (Sexualunterricht in der Schule.) Journ. Amer. Med. Assoc., 1. Februar 1913.

Inhalt.

Grimmer. *Die Arbeiten auf dem Gebiete der Milchwissenschaft und Molkereipraxis im Jahre 1913, I. Semester 657.* — **Berichte.** *Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin 687.* — *Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien 696.* — *Niederländischer Verein für Kinderheilkunde 700.* — **Bespre-**

chungen. Bruns, Cramer, Ziehen. *Handbuch der Nervenkrankheiten des Kindesalters 701.* — **Peritz.** *Die Nervenkrankheiten des Kindesalters 701.* — **Fröschels.** *Lehrbuch der Sprachheilkunde 703.* — **Villiger.** *Sprachentwicklung und Sprachstörungen beim Kinde 704.* — **Dennoé** und **Nové-Josserand.** *Chirurgie du crâne 704.* — **Blechmann.** *Les épanchements du péricarde 705.* — **Braun.** *Diagnose und Therapie der Herzkrankheiten 705.* — **Rothberger.** *Physiologie des Kreislaufs 706.* — **Gerhard.** *Herzklappenfehler 706.* — **Franken.** *Die Kuhmilch und ihre Produkte 707.* — **Mosse** und **Tugendreich.** *Krankheit und soziale Lage 708.* — *Bericht des Düsseldorfer Vereines für Säuglingsfürsorge 709.* — *Jahrbuch der Schweizer Gesellschaft für Schulgesundheitspflege 709.* — **Friedemann.** *Die Schulzahnpflege 710.* — **Walkhoff.** *Die Erdsalze in ihrer Bedeutung für die Zahnkaries 711.* — **Grünberg.** *Die Gesichtsspalten 712.* — **Otto** und **Hedwig Dornblüth.** *Diätetisches Kochbuch 712.* — **Sternberg-Vetthotz.** *Du und deines Kindes Pflege 712.* — **Much.** *Krankheitsentstehung und Krankheitsverhütung 713.* — **Finger.** *Geschlechtskrankheiten 713.* — **Borosini.** *Das Fletchern 713.* — **Nitzelnadel.** *Therapeutisches Jahrbuch 714.* — **Guttmann.** *Medizinische Terminologie 714.* — *Reichsmedizinal-Kalender 714.* — **Brauer.** *Beitrag zur Klinik der Infektionskrankheiten 715.* — *II. Ergänzende Literaturübersicht* (Schluß) *715.*

Wegen des allgemeinen österreichischen Buchdruckerstreiks ausgegeben erst im Februar 1914.

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin, W. 50, Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny Berlin | Göppert Göttingen | Knöpfelmacher Wien | Moro Heidelberg | Thiemich Leipzig | Tobler Breslau
Berend Budapest | Comba Florenz | Johannessen Kristiania | Koplik New-York | Marfan Paris | Thomson Edinburg | Wieland Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis der Abteilung „Referate" (ca. 50 Bogen) Mk. 24.—.
Preis der Abteilung „Originalien" (ca. 35—40 Bogen) Mk. 20.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XII. **Referate.** Nr. 10.

Sammelreferat über die neurologisch-psychiatrische Literatur des Jahres 1912.

Von **Dr. Max Klotz** (Schwerin i. M.).

Der Stoff ist in diesem Sammelreferat — einer Anregung folgend — von mir anders gruppiert worden als im ersten Referate (Monatsschrift für Kinderheilkunde, Referate, *11*, 787). Leider bleibt auch die modifizierte Einteilung nach vorzugsweise klinisch-symptomatischen Gesichtspunkten noch weit vom Ideal entfernt. Andererseits habe ich absichtlich dem praktischen Bedürfnis durch Zusammenfassung ätiologisch und pathologisch-anatomisch usw. differenter Zustandsbilder in selbständige Unterkapitel Rechnung getragen (z. B. familiäre Erkrankungen, innere Sekretion, neuropsychopathische Schüler u. dgl.).

Alle in dieser Monatsschrift bereits referierten Arbeiten, Vorträge usw. habe ich nicht erneut in mein Referat einbezogen. Originalabhandlungen unserer pädiatrischen Fachpresse sind nicht berücksichtigt, wie ich bereits im ersten Sammelreferate ausgeführt habe.

Arbeiten, die mir nur als Referate zugänglich waren, sind mit einem Sternchen gekennzeichnet.

Inhaltsverzeichnis.

I. Anatomie, Physiologie, Chemie.
II. Allgemeine neurologische und psychiatrische Diagnostik.
III. Spezielle Neurologie und Psychiatrie.
Muskeln. Nerven. Anhang: Sinnesorgane.
Rückenmark. Wirbelsäule.

Gehirn. Schädel.
Meningen.
Infektionen. Intoxikationen.
Chorea.
Familiäre Erkrankungen.
Innere Sekretion.
Trophoneurosen.
Psychogene Neurosen und Verwandtes. Funktionelle Krämpfe (mit Ausschluß von Epilepsie, Spasmophilie u. dgl.).
Epilepsie, Spasmophilie und Verwandtes.
Psychologie und allgemeine Psychopathologie.
Ermüdungsforschung.
Intelligenzprüfung.
Neuro-psychopathische Schulkinder. Hilfsschüler. Fürsorge.
Verschiedenes.
Spezielle Psychopathologie.
Psychopathische Konstitutionen. Amoralität.
Psychosen.
Jugendlicher Schwachsinn.
IV. Therapie.
V. Nachtrag.

I.

Anatomie, Physiologie, Chemie.

1. **Ch. Achard, Ch. Flandin.*** Extraction du poison formé dans l'encephale pendant le choc anaphylactique. Compt. rend. soc. Biol., **72**, S. 1073.

2. **Ahrens.** Die Zirkulation des Liquor cerebrospinalis. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Refer., **6**, S. 376.

3. **J. Bauer.** Zur Funktionsprüfung des vegetativen Nervensystems. Deutsches Arch. f. klin. Med., **107**, S. 39.

4. **J. Bauer** und **Th. Ames.*** Studien über Quellung von Nervengewebe. Arbeiten aus d. Neurol. Inst. a. d. Wiener Univ., **19**, S. 226.

5. **A. Beretta.** Asymmetrie in der Zahnbildung und im Zentralnervensystem. Neurol. Zentralbl., **31**, S. 961.

6. **R. Gregoire.*** Le nerf facial et la parotide. Journ. de l'anat. et de la physiol., **48**, S. 437.

7. **J. Hornowski.*** Über das Verhältnis des Thymus zum chromaffinen System, über die Elemente der innern Sekretion des Thymus und über das Verhältnis des Thymus und des chromaffinen Systems zum Sympathikus. Virchows Arch. f. pathol. Anat., **208**, S. 414.

8. **K. Krabbe.*** Les réflexes chez le foetus. Rev. neurol., **19**, 2, 431.

9. **B. Messing.** Über einige mineralische Bestandteile im normalen und pathologischen Gehirn. Inaug.-Diss., Zürich, 1912.

10. **N. Murachi.*** Über die titrierbare Azidität und die Quellungsfähigkeit des urämischen Gehirns. Arbeiten a. d. neurol. Inst. a. d. Wiener Univ., **19**, S. 327.

11. **F. Peterson.** Sensory reaction in the newborn. Journ. of Nerv. and Ment. Dis., **39**, S. 125.

12. **R. Sand.*** Die klinischen und histologischen Folgen eines einstündigen allgemeinen Blutstillstandes beim Menschen. Wiener klin. Rundschau, **26**, 4, 19.

13. **A. E. Tait.*** Congenital deficiency of speech areas. Riv. of Neurol. and Psych., **9**, S. 661.

14. **A. Weil.** Die Chemie des Gehirns. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref., **7**, S. 1.

Im Gehirne anaphylaktischer Tiere fanden Achard und Flandin (1) ein Apotoxin (Richet), das sich durch Wasser und Alkohol, noch besser durch Äther und Chloroform extrahieren ließ.

Ahrens (2) folgert aus seinen Experimenten einen geschlossenen Liquorkreislauf. Als treibende Kraft für den Liquorstrom muß die Blutwelle gelten, die die sie umgebende adventitielle Liquorstromwelle vor sich hertreibt.

Anton weist in der Diskussion darauf hin, daß hierbei auch die venöse Strömung und die Atmung zu berücksichtigen seien.

Aus den Studien von Bauer (4) über Hirnquellung sei folgendes hervorgehoben: Menschliches Hirn quillt in Säuren von $^1/_{1000}$ n. stets weniger als in reinem Wasser. In schwachen Lösungen von Natron- und Kalilauge (bis zu $^1/_{500}$ n.) quillt Hirn (graue wie weiße Substanz) stärker als in reinem Wasser.

Die Hirnrinde von Neugeborenen quillt weniger als die von Erwachsenen (größerer Wassergehalt des kindlichen Hirns).

Bei physiologischer Konzentration von Salzen quillt graue Substanz stärker als weiße. Innerhalb der einzelnen Salze bestehen bei steigender Konzentration sehr große — hier nicht zu referierende — Differenzen in bezug auf den Quellungseffekt weißer und grauer Substanz.

Kleinhirnrinde quillt meist stärker als Großhirnrinde.

Die Murachische Arbeit knüpft an die von Bauer (4) an und bringt weiteres Material gegen die Fischersche Säurequellungstheorie. Bauer (4) kam hinsichtlich des Nervensystems zu dem Ergebnisse, daß Säuren entquellend wirken. Auf die Schwellung des urämischen Gehirns angewandt, würde das heißen: Die Hirnschwellung bei Urämie kann nicht durch eine Azidose intra vitam erklärt werden. Murachi (10) suchte dies experimentell festzustellen. Er fand bei urämisch gemachten Kaninchen keine Zunahme der titrierbaren Azidität im Hirngewebe. Diese dürfte vielmehr bedingt sein durch die Zeit, welche zwischen dem Tod und dem Zeitpunkte der Untersuchung liegt.

* * *

Bauer (3) kann sich nach seinen Versuchen zu einer strengen Scheidung von Vagotonie und Sympathikotonie nicht entschließen.

Vagotonische Erscheinungen, wie Eosinophilie, Asthma, Superazidität, finden sich auch bei Individuen, die auf Pilokarpin ebenso wie auf Adrenalin reagieren. Und sympathikotonische Symptome Subazidität, alimentäre Glykosurie) finden sich oft bei intensiver Pilokarpinreaktion.

Die Elektivität der Adrenalinwirkung wird ferner sehr eingeschränkt durch verschiedene Tatsachen. Die Respirationsbeschleunigung, der Tremor, sind nicht durch eine Sympathikuserregung zu erklären, sondern durch die Reizung subkortikaler nervöser Zentren. Die allgemeine Steigerung der Reflexerregbarkeit, die gelegentliche Förderung der Schweißsekretion durch Adrenalin sprechen nicht für die Verläßlichkeit und Elektivität des Adrenalins. Auch das Pilo-

karpin sträubt sich gelegentlich sehr gegen das pharmakologische Schema, das Eppinger, Heß u. a. konstruiert haben.

Bei einem viermonatigen, 24 cm langen Fötus erzielte Krabke (8) bereits Bauchdeckenreflexe und als Ausdruck des Plantarreflexes eine Flexion der vier kleinen Zehen, während die große Zehe unbeweglich blieb.

Über Sinnesempfindungen bei Neugeborenen berichtet Peterson (11). Bei den meisten Neugeborenen, auch Frühgeburten, besteht Lichtempfindung, desgleichen auch Hörempfindung (?). Auch bei Frühgeburten reagiert der Geschmacksnerv bereits auf sauer, süß, salzig. Normale Neugeborene, aber auch Frühgeburten, reagieren am ersten Tage auf Geruchseindrücke. Auch Berührungs- und Temperaturreize werden bereits überwiegend oft am ersten Tage konstatiert. Nur Schmerzreize versagen beim Neugeborenen zumeist. Verfasser glaubt, daß das Neugeborene bereits im Mutterleibe Empfindungen hat und ein „schattenhaftes Bewußtsein" mit auf die Welt bringt.

* * *

Der Fazialis liegt beim Fötus vollkommen hinter der Parotis. Erst später wächst vom oberen Drüsenpol ein zweiter Lappen abwärts, der sich mit seiner Außenfläche an die Innenseite des äußeren Lappens anlegt, so daß der Fazialis nun „wie ein Lesezeichen zwischen zwei Buchseiten" mitten in der Drüse liegt.

Präparationen an Tieren zeigen, daß nur für den Affen Analoges gilt, gelegentlich auch für einige Hunderassen [Grégoire (6)].

Hornowski (7) zufolge übt die Thymus einen hemmenden Einfluß auf den Sympathikus aus. Er begründet dies mit einer Reihe teilweise recht seltsamer Überlegungen. Der Blutdruck beim Neugeborenen ist niedrig infolge Thymushemmung. Sobald die Thymus verkümmert, nimmt er zu. Das Verdrehen der Augäpfel nach innen beruhe auf Hemmung der Sympathikusfasern im Abduzens. Desgleichen die mangelnde Tränen- und Schweißsekretion der Neugeborenen.

Weil (14) faßt unsere Kentnisse über Hirnchemie dahin zusammen: Graue und weiße Substanz haben gleichen Stickstoffgehalt. Der Lipoidschwefelgehalt der weißen Substanz übertrifft dagegen den der grauen sehr erheblich. Abgesehen hiervon haben Grau und Weiß gleichen prozentischen Aschegehalt. Mit zunehmendem Alter nimmt die Differenz im Wassergehalte (Weiß ist zirka 14% wasserärmer) zu, dergleichen der Unterschied im Lipoidgehalt. Die funktionelle Verschiedenheit von Grau und Weiß scheint also in enger Beziehung zu stehen zu Wasser, schwefelhaltiger, phosphorhaltiger, alkohol- und ätherlöslicher Substanz.

Die Dissertation von Messing (9) enthält eine Reihe wichtiger chemischer Daten über die Mineralzusammensetzung des Gehirns. Der Gehalt an SO_3 ist bei Säuglingen absolut und relativ geringer als beim Erwachsenen. Der P_2O_5-Gehalt steigt mit dem Alter und dem Hirngewichte an. Vom 60. Jahre ab vermindert

sich der Phosphorgehalt. Der Chlorgehalt des Säuglingshirns ist dem des Erwachsenen relativ gleich. Bei Stauungen, Pneumonie ist er vermehrt.

Im Frühgeburtengehirn besteht eine absolute und relative Verringerung aller Mineralsubstanzen.

Sand (12) beobachtete einen Fall von einstündigem Scheintod mit neuntägigem Überleben. Das gegen Anämie empfindlichste Organ ist das Gehirn. Bereits 3 Minuten genügen, um irreparable Veränderungen der Hirnrindenzellen und Tod herbeizuführen. Das Gehirn kann nach einer längeren Zirkulationsstase seine Funktion ganz oder teilweise aufnehmen, der Tod ist aber doch unvermeidlich. Eine einstündige totale Blutstromsperre alteriert elektiv sämtliche Zellen des Zentralnervensystems; erst sekundär degenerieren die Nervenfasern. Die destruktiven Prozesse sind ferner ausgeprägter in den sensiblen als in den motorischen Zellen. Am resistentesten sind die Zellen des Vaguskerns.

* * *

Kinder, bei denen linksseitige Zahnanomalien bestehen (zeitlich unregelmäßiger Durchtritt der Zähne beider Kieferhälften, Asymmetrien), sind öfters Linkser oder stammen aus Linksfamilien [Beretta (5)].

* * *

Tait (13) stellt die These auf: Wenn ein sonst normales Kind mit 5 Jahren noch nicht spricht, so ist man „berechtigt", Sprachzentrummangel anzunehmen. Heredität ist hierbei ein wichtiger Faktor.

II.

Allgemeine neurologische und psychiatrische Diagnostik.

1. **Baß, H. Murray.*** Chvosteks sign and its significance in older children. Amer. Journ. of the Med. Scienc., **144**, S. 1.

2. **W. v. Bechterew.** Die Anwendung der Methode der motorischen Assoziationsreflexe zur Aufdeckung der Simulation. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., **13**, S. 183.

3. **B. Bramwell.*** Über den gekreuzten Plantarreflex. Rev. of Neurol. and Psych., **9**, S. 49.

4. **Dupré** et **Collin.*** Débilité mentale et débilité motrices associées. Rev. de Psych., **15**, S. 336.

5. **Eichelberg.** Die Bedeutung der Untersuchung der Spinalflüssigkeit. Jahresvers. d. Vereins deutscher Irrenärzte, Kiel, 1912.

6. **V. Kafka.** Untersuchungen zur Frage der Entstehung, Zirkulation und Funktion der Zerebrospinalflüssigkeit. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., **13**, S. 192.

7. **Nobécourt** et **Darré.*** Der Harnstoffgehalt des Liquors bei Nephritiden im Kindesalter. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, **28**, S. 16.

8. **J. Tolotschinow.*** Die Anwendung der Methode der bedingten Reflexe zur Untersuchung der Rindenzentren des Hundehirns. (Russisch.) Neurol. Bote, **19**, S. 410.

9. **G. P. Zeleny.*** Ein Hund ohne Großhirnhemisphären. Trudi Obschzestwa russk. Wratschei w. Peterburge, **50**, 1912.

Baß (1) fand das Fazialisphänomen unter 495 Kindern in 3·2% der Fälle, und zwar in

1% bei 1- bis 3jährigen Kindern,
2·9% bei 4- bis 6jährigen Kindern,
3·6% bei 7- bis 9jährigen Kindern,
19·6% bei 10- bis 14jährigen Kindern.

Es ist ein Stigma neuropathicum und findet sich häufig bei orthotischer Albuminurie.

* * *

Über positiven Babinski bei einem 12jährigen Schwachsinnigen berichten Dupré und Collin (4). Alle Sehnenreflexe waren lebhaft, die Funktion des Muskel- und Bewegungsapparates außerordentlich herabgesetzt.

Bramwell (3) beschreibt einen gekreuzten Zehenreflex. In einer beträchtlichen Anzahl von Hemiplegien mit positivem Babinski läßt sich durch Reizung der andern Fußsohle auch auf der gelähmten Seite Plantarflexion der großen Zehe erzielen. Bei Zerstörung der Lumbalanschwellung und doppelseitigem Babinski tritt in manchen Fällen die Extension beider großen Zehen ein, wenn man nur eine Sohle reizt. Die Genese des gekreuzten Plantarreflexes ist vorläufig unklar.

* * *

Die Lehre von den Bedingungsreflexen hat sich als außerordentlicher Gewinn für die Klinik erwiesen.

v. Bechterew (2) erschließt der Psychoreflexologie ein neues Gebiet: die Entlarvung von Simulanten mit Hilfe der Bedingungsreflexe. Die knapp gehaltenen Anregungen des Autors im einzelnen zu schildern, würde ein sehr eingehendes Referat erfordern. Das betrifft namentlich die Ausführungen über die Schwelle des Assoziationsreflexes, wie sie v. Bechterew (2) zur Prüfung von organischen oder fingierten Störungen der Hautsensibilität, des Gesichts- und Gehörsinnes empfiehlt. Auch für die Geschmack- und Riechsphäre hält v. Bechterew (2) seine Methode geeignet. Nur bei Hysterie scheint Vorsicht geboten. Ein gut geeignetes Feld für die Anwendung der Assoziationsreflexe ist die Ausmittelung echter oder simulierter Lähmungen, denn bei organischen Lähmungen wegen Hirnerkrankung (Hemiplegie) kommt der motorische Assoziationsreflex überhaupt nicht zustande, desgleichen nicht bei Poliomyelitis anterior. Ist der Assoziationsreflex stabil, dann vermag ihn nichts zu hemmen. Der labile Reflex kann dagegen durch angestrengte Aufmerksamkeit unterdrückt werden. Doch kann man auch hier durch Kunstgriffe (lautes Zählenlassen u. dgl.) die Vigilität des zu Prüfenden ausschalten und den Assoziationsreflex erzielen.

Noch mehr empfiehlt sich aus diesem Grunde (Ablenkung der Aufmerksamkeit der Versuchsperson vom untersuchten Organ weg

die Methode der summarischen Reflexe. Der motorische Assoziationsreflex tritt nämlich schneller ein, wenn er auf zwei gleichzeitige Reize (z. B. Licht und Tonreiz) als „summarischer" Reflex gebildet wird.

„Nehmen wir an, die Versuchsperson gibt das Vorhandensein einer Taubheit an. Bei der Untersuchung kann man den Lichtreiz mit einem Schalle kombinieren, z. B. dem des Schlüssels, des Einschaltens der elektrischen Lampe selbst oder irgend einem andern Hörreize. Ist der Reflex einmal gebildet, so genügt, auch wenn die Lampe ausgeschaltet ist, das Geräusch des Einschalters (das sonst mit dem Erscheinen des Lichtes verbunden ist), um den Reflex auszulösen. Das weist auf das Fehlen von Taubheit hin."

Diese Methodik hat, abgesehen von ihrer Objektivität, den Vorteil der graphischen Registrierungsmöglichkeit. Aber auch ohne diese, ja, auch außerhalb des Laboratoriums, sind die Resultate meist schlagend.

v. Bechterew gibt z. B. folgende kurze methodische Anweisung:

„Man veranlaßt die Versuchsperson durch eine Fingerbewegung oder ein bestimmtes Wort, irgend welche, mit einer gewissen Frequenz erfolgende Reizungen zu verzeichnen, dann müssen diese Reizungen durch die des angeblich gestörten Organs ersetzt werden. Man läßt z. B. bei der Untersuchung auf Taubheit die Versuchsperson eine Bewegung des Fingers auf einen Lichtreiz ausführen; das Experiment lehrt, daß, nachdem wir Lichtreize von einer gewissen Frequenz im Laufe einer gewissen Zeit anbringen und dann auf einmal dieselben durch einen Tonreiz ersetzen, anfänglich dieselbe Bewegung auch auf den Tonreiz erfolgt. Es ist klar, daß auf diese Weise die Simulation von der echten Taubheit unterschieden werden kann. Man kann zum selben Zwecke die Versuchsperson eine Beugebewegung des Fingers auf einen summarischen Reiz (Licht und Ton) auszuführen veranlassen und dann nach einer Reihe von Reizungen das Licht respektive den Ton auf einmal ausbleiben lassen.

Aus allem oben Gesagten folgt, daß wir in den motorischen Assoziationsreflexen — in den einfachen und den persönlichen — eine wissenschaftliche Methode besitzen, die uns ermöglicht, die echten Störungen der Nerventätigkeit festzustellen und dieselben von den eingebildeten oder simulierten zu differenzieren, auch die Übertreibung oder Unterschätzung dieser Störungen zu bestimmen."

* * *

Tolotschinow (8) untersuchte die Bedingungsreflexe nach der Pawlowschen Methodik bei partiell enthirnten Hunden. Es wäre sehr wünschenswert, wenn die Referenten für die russische Literatur uns nähere Details über diese Arbeit mitteilen würden.

Zelenys (9) großhirnloser Hund zeigte dasselbe Verhalten, wie die Tiere von Goltz, Rothmann, welches Goltz als „Fehlen von Verstand, Gedächtnis, Intelligenz und Überlegung" bezeichnete.

Zeleny untersuchte nunmehr das Verhalten der sogenannten Bedingungsreflexe bei diesem Tiere und setzte ihm Fisteln an der Gland. parotis und submaxillaris und endlich noch eine Magenfistel. Durch Scheinfütterung konnte nun auch bei diesem großhirnlosen Tier eine psychogene Saftsekretion ausgelöst werden. d. h. der Reflexbogen verläuft bei Scheinfütterung unterhalb des Großhirns. Durch Reizung des Geschmack- und Gehörorgans konnten keine bedingten Reflexe erzielt werden.

* * *

Charakteristische Beziehungen des Harnstoffgehaltes im Liquor zur Form der vorliegenden Nephritis konnten Nobécourt und Darré (7) nicht finden. Auch bei sehr starkem Gehalt erfolgte Heilung.

Hoher Harnstoffgehalt ist durchaus noch nicht gleichbedeutend mit schlechter Prognose.

Kafka (6) schließt aus Uraninversuchen, daß der Übergang in die Lumbalflüssigkeit bei normalen Meningen geringer ist als der ins Kammerwasser des Auges und daß er erst nach viel längerer Zeit erfolgt als der Übergang ins Blut oder in die Lymphe. Die lange Dauer bis zum Übertritte sowohl wie die geringe Konzentrationsstärke sprechen dafür, „daß der Liquor zum mindesten einem echten Sekret sehr nahesteht".

Schmorl fand bei Ikterus den Gallenfarbstoff, bei Paralyse die Hemmungskörper, welche einen positiven Wassermann bedingen, nur im Liquor spinalis, nicht im Liquor ventriculorum. Er zieht daraus den „schwerwiegenden" Schluß, daß dem Plexus chorioideus und dem Ventrikelepithel die Aufgabe zukomme, den Übergang im Blute gelöster Stoffe zurückzuhalten und daß eine freie Kommunikation zwischen Ventrikeln und Subarachnoidalräumen nicht bestehe. Sobald ferner Plexus- und Ventrikelepithel irgendwie pathologisch verändert sind, treten die erwähnten Stoffe auch in die Ventrikelflüssigkeit über, ja finden sich hier konzentrierter als im Liquor spinalis.

Kafka polemisiert gegen diese Theorie (bei Paralyse ist der Ventrikel fast immer pathologisch verändert!) und kommt durch Paralleluntersuchungen von Spinal- und Ventrikelliquor zu dem Ergebnisse, daß die Einheitlichkeit des Gesamtliquors in serologischer Hinsicht das wahrscheinlichere sei.

III.

Spezielle Neurologie und Psychiatrie.

Muskeln. Nerven.

Anhang: Sinnesorgane.

1. **C. Beling.** A case of Myatonia congenita. Journ. of mental and nerv. Dis., **39**, S. 460.

2. **E. Bibergeil** und **W. Blank.** Ulnarislähmung und angeborene Halsrippe. Deutsche med. Wochenschr., **38**, S. 1498.
3. **Delchef** und **Laruelle.*** Un cas de myopathie du type Leyden-Moebius. Ann. d. l. soc. méd.-chir. de Liège, **51**, S. 80.
4. **Hoffmann J.,** Diplegia brachialis neuritica. Münchener med. Wochenschr., **59**, S. 458.
5. **Derselbe.** Über progressive hypertrophische Neuritis. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., **44**, S. 65.
6. **S. Peltesohn.** Über einen Fall von Peroneuslähmung durch eine amniotische Schnürfurche. Berliner klin. Wochenschr., **49**, S. 599.

Bibergeil und Blank (2) sahen eine Kompression der im Plexus brachialis verlaufenden Ulnarisfasern durch eine Halsrippe. Die Initialerscheinungen hatten in Parästhesien (Kribbeln, Taubheit usw.) bestanden; hinzu trat zunehmende Schwäche der Hand. Die Autoren fanden eine Ulnarisparese und entdeckten bei Durchleuchtung die angeborene Halsrippe. Operation, Heilung (nach passagerer Plexusschädigung).

Hoffmann (4) schildert drei Fälle von Polyneuritis. Den Pädiater interessiert die erste Beobachtung. Ein 9jähriger Knabe legt sich gesund und munter ins Bett und erwacht mit einer kompletten Lähmung beider Hände.

Nach 2 Monaten noch schwere elektrische Veränderungen, Muskelatrophien, Krallenhand. Trotz des Fehlens von Sensibilitätsstörungen, trotz des akuten Beginnes und der sofortigen maximalen Ausbildung wird die Lähmung nicht als poliomyelitische angesehen. Nach 3 Monaten Heilung. Gegen Poliomyelitis spricht — nach Verfasser — die schnelle restlose Ausheilung.

* * *

Kongenitale periphere Nervenlähmungen sind außerordentlich selten. Peltesohn (6) berichtet über eine Lähmung des linken Peroneus bei einem Neugeborenen mit anderweitigen multiplen Mißbildungen. Die elektrische Erregbarkeit im Gebiete des Nervus peroneus war aufgehoben. Quer um den Unterschenkel lief eine Strangulationsfurche.

Belings (1) Fall von Myatonia congenita betraf ein 2½jähriges Kind. Die Knie und Achillessehnenreflexe fehlten. Oberschenkel abduziert und außenrotiert; die Beine wurden von Geburt an — die normal verlief — nie bewegt. Kyphose, die sich beim passiven Aufrichten ausgleicht. Arme sind völlig normal. Das Kind lernte zu normaler Zeit sprechen.

Delchef und Laruelle (3) besprechen eine progressive Muskelatrophie bei einem jetzt 6jährigen Mädchen. Die Unsicherheit fiel schon bei den ersten Gehversuchen im Säuglingsalter auf. Ende des zweiten Lebensjahres waren bereits Quadrizeps, Deltoideus, Serratus total gelähmt. Es bestand eine außerordentliche Hypotonie, so daß ganz abnorme Gelenksexkursionen möglich waren. Patellar, Achillessehnenreflexe fehlen. Die vorgeschlagene Arthrodese in den Hüftgelenken wurde abgelehnt.

Hoffmann (5) beschreibt ein neues Krankheitsbild: Die hypertrophische progressive Neuritis, welche sehr frühzeitig beginnen soll. Er sah bisher 5 Fälle, darunter zwei hereditäre (Vererbung durch die Mutter).

„Die ersten, durchwegs doppelseitigen symmetrischen Krankheitserscheinungen traten in sehr verschiedenem Alter hervor, in einem Falle schon in der Wiege, in einem andern erst im vierten Lebensjahrzehnt. Das früheste Symptom bestand im Umknicken der Füße nach außen, woraus sich ganz schleichend mit oder ohne Schmerzen eine krankhafte Stellung der Füße und schwerfälliger Gang entwickelten, was zur Heranziehung des Arztes führte. Die objektive Untersuchung zeigte alsdann bei allen Kranken doppelseitigen Pes equinovarus, Hohlfuß und Krallenstellung der Zehen; der (paralytische) Klump- und Hohlfuß ließ sich zurückführen auf Lähmung verschiedener Stärke im Gebiete der N. peronei; die gelähmten Muskeln waren in mäßigem Grade atrophisch. Die Muskeln der Oberschenkel, des Beckengürtels und des Rumpfes, ebenso die Muskeln des Schultergürtels, der Ober- und Vorderarme waren gut entwickelt und kräftig. Nur die kleinen Handmuskeln zeigten noch, wenigstens bei der Mehrzahl der Kranken, deutliche Parese und Atrophie. Nur bei wenigen Kranken ließen sich durch genaue Beobachtungen fibrilläre Zuckungen oder leichte tremorartige Unruhe feststellen. Subjektive Sensibilitätsstörungen fehlten entweder ganz oder zeigten sich von Anfang an in Form von sehr verschieden starken anfallsweise auftretenden Schmerzen in den Extremitäten. Objektiv zeigten sich die verschiedensten Anomalien des Tastsinns bei den verschiedenen Fällen. Die Sehnenreflexe fehlten in 3 Fällen am ganzen Körper; in den beiden anderen waren die Patellarreflexe eben noch auszulösen. Ein Kranker bot das Rombergsche Symptom. Die Wirbelsäule war in einem Teile der Fälle normal, zeigte in den anderen eine leichte Skoliose oder Kyphoskoliose. Die Sphinkteren waren stets normal, ebenso die inneren Organe. Pupillenreaktion und Sinnesorgane, Sprachartikulation und Intelligenz zeigten nichts Auffallendes. In allen Fällen waren alle der Palpation zugänglichen Nervenstämme der oberen und der unteren Extremitäten stark verdickt, hart und gegen Druck unempfindlich; auch der N. radialis superficialis cutaneus zeigte das gleiche Verhalten. Ferner war ein allen Fällen gemeinsames bemerkenswertes Symptom die hochgradige Herabsetzung der elektrischen, faradischen wie galvanischen Erregbarkeit aller der Untersuchung zugänglichen motorischen, sensiblen und gemischten Nerven einschließlich der Gehirnnerven und der Muskeln, also auch jener, in deren Gebiet jede Funktionsstörung fehlte. Der Verlauf war immer sehr chronisch, dabei langsam progredient. Ätiologische Faktoren ließen sich nicht auffinden.

Das ganze Symptomenbild erinnert zweifellos zunächst an die neurale (neurotische) progressive Muskelatrophie. Vor einer Verwechslung mit ihr bewahrt aber die Palpation der Nervenstämme, das Hauptgewicht ist also für die Diagnose zu legen auf die Ver-

dickung, Härte und Druckunempfindlichkeit, die Hypertrophie der Nerven. Dieses Symptom wiederum rückt aber die hier vorliegende Krankheit in die Nähe der zuerst von Déjérine eingehend beschriebenen „névrite interstitielle hypertrophique et progressive de l'enfance"; sie unterscheidet sich aber wiederum von ihr durch die viel geringere oder ganz fehlende Ataxie, durch das Fehlen des Argyll-Robertsonschen und des Rombergschen Symptoms sowie des dynamischen Nystagmus, stellt also wohl einen reineren, unkomplizierteren Typus aus der ganzen Krankheitsgruppe dar." Das Wesen der Krankheit dürfte auf Grund der mikroskopischen Untersuchungen in Veränderungen der Schwannschen Scheide zu suchen sein, zurückzuführen auf eine kongenital krankhafte Anlage. Als Bezeichnung des von ihm skizzierten Krankheitsbildes schlägt Hoffmann (5) vor: progressive hypertrophische Neuritis.

Sinnesorgane.

1. **Broca** und **Desplas.*** Vorübergehende Spätlähmungen des Abduzens bei Schädelbrüchen. Rev. de chir., **46**, Heft 9.

2. **L. Dutoit.*** Klinische Beobachtung von 6 Fällen von Neuritis optica infectiosa bei Masern, Scharlach, Typhus und bei Influenza. Arch. f. Augenheilk., **71**, S. 1.

3. **J. Griscom.*** Optic neuritis following measles. Ann. of Ophthalmol., **21**, S. 42.

4. **v. Herrenschwand.*** Zu den Augenerkrankungen nach Schutzpockenimpfung. Arch. f. Augenheilk., **73**, S. 1.

5. **Jeß.*** Angeborene hochgradige innere Okulomotoriusschwäche. Arch. f. Augenheilk., **72**, S. 200.

6. **P. Manasse.** Zur Lehre von der plötzlichen Ertaubung bei Scharlachotitis und zur Kenntnis der serösen Otitis interna. Arch. f. Ohrenheilk., **89**, S. 146.

7. **Mattissohn.** Über einen Fall von Ophthalmoplegia totalis unilateralis bei hereditärer Lues und über Augenmuskellähmungen auf gleicher Basis. Arch. f. Dermatol. u. Syph., **111**, S. 177.

8. **Giuseppe Roasenda.*** Caso clinico a demostrazione di una duplice innervazione del muscolo orbicolare delle palpebre. Giorn. d. regg. acad. d. med. d. Torino, **75**, S. 77.

9. **R. Salus.*** Über Augenmuskelstörungen bei Tetanus. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., **59**, S. 322.

Bei einem 15jährigen Knaben waren die Pupillen weit und reaktionslos. Er konnte seit frühester Jugend nicht in der Nähe sehen. Jeß (5) glaubt mangels jeder andern Ätiologie die Akkommodationsparese und die des Pupillenspieles auf Aplasie im Kerngebiete zurückführen zu müssen.

Salus (9) schildert Augenmuskelstörungen bei einem 13jährigen Jungen mit Tetanus:

Tetanische Starre der Muskulatur beider Bulbi. Es ist bemerkenswert, daß die Dauerspasmen von dem verletzten Auge (Verletzung des linken Augenlids durch eine dünne Gerte) auf das unverletzte Auge übergriffen und auch weiter auf den Fazialis ausstrahlten. Auch der Sphinkter wurde ergriffen: Miosis, Anisokorie. Dagegen blieb die Akkommodation intakt.

Bei der Sektion des Knaben fand sich unter dem Muse. rect. inf. ein kleines Holzspänchen.

Broca und Desplas (1) berichten über traumatische Spätlähmungen des Abduzens bei Kindern. (Fall von der Treppe, Überfahrenwerden.) Sie sehen die Ursache dafür in einem intrakraniellen Hämatom.

Im ersten Falle traten am 4. Tage Benommenheit, Bradykardie und Parese der äußeren Augenmuskeln auf. Hämorrhagisches Spinalpunktat. Im zweiten Fall ebenfalls blutiger Liquor. Außer der Abduzensparese noch Paralyse des Fazialis, Hypoglossus. In beiden Fällen spontane Rückbildung der Erscheinungen.

v. Herrenschwand (4) beobachtete eine außerordentlich seltene Komplikation der Schutzpockenimpfung:

6 Tage nach der Kuhpockenimpfung entwickelte sich unter Fieber eine doppelseitige Abduzenslähmung. Am nächsten Tage fiel das Fieber ab und die Lähmung ging zurück.

* * *

Erblindungen durch Optikuserkrankung nach Masern sind selten.

Griscom (3) hat 23 Fälle zusammengestellt, deren erster noch auf Graefe (1866) zurückgeht, und teilt sie in drei Gruppen ein:

1. Primäre zerebrale Erscheinungen, sekundäre Optikusveränderungen;
2. Meningitis mit Neuritis optica;
3. Isolierte Neuritis opt.

Ein selbst beobachteter Fall betraf ein 11jähriges Mädchen, das nach leichten Masern erblindete. Nach $^3/_4$ Jahren wieder restitutio ad integrum.

* * *

Ein 8jähriges Mädchen, von luetischen Eltern stammend, hatte im 1. Lebensjahre an Syphiliden der Haut und Schleimhaut gelitten, erkrankte — nach 7jähriger Rezidivfreiheit — unter Kopfweh und Schwindel an schwerer totaler Augenmuskellähmung der rechten Seite. Dazu gesellte sich eine Keratitis und ein Ulcus corneae. Heilung unter Hg. [Mattissohn (7)].

Roasenda (8) behandelte einen 8jährigen Knaben mit linksseitiger Fazialislähmung; merkwürdigerweise war jedoch die Innervation des Orbicularis palpebrar. völlig normal. Verf. glaubt daher, daß der Augenschließmuskel noch eine zweite Innervationsbahn besitzt.

Der Ausgang der Sehnervenentzündung nach Scharlach, Masern, Influenza und Typhus war in allen 6 Fällen Dutoits (2) ein günstiger. Durch Lumbalpunktion konnte Meningitis ausgeschlossen werden.

Manasse (6) suchte den Grund für die plötzliche Ertaubung bei 2 Fällen von Otitis duplex bei Scharlach (mit Aus-

gang in Taubstummheit) anfänglich in einer akuten Akustikusaffektion. Die histologische Untersuchung eines dritten, letal endigenden Falles ergab jedoch Einbruch durch das runde Fenster ins Labyrinth.

Rückenmark. Wirbelsäule.

1. **W. Broughton-Alcock.*** Examen du sang pendant la période d'incubation de la poliomyélite aigue chez les singes. Compt. rend. de la soc. de biol., **72**, S. 713.

2. **W. Bechterew.*** Zur Frage der infantilen Tabes. Korsak. Journ. f. Neuropathol. u. Psych., **12**, S. 23.

3. **Kennedy Foster.** Fall von akuter epidemischer Poliomyelitis. Journ. of Nerv. and Ment., Dis., **39**, S. 558.

4. **A. Gordon.** Ein Fall von juveniler Tabes. Journ. of Nerv. and Ment., Dis., **39**, S. 397.

5. **Manning, van Vliet.*** Prognosis in acute epidemic poliomyelitis as to life and disability. Arch. of Diagn., **5**, S. 168.

6. **P. Mac Illenny.*** Hyperemic treatment of acute anterior poliomyelitis. Boston Med. and Surg. Journ., **167**, S. 87.

7. **O. Klieneberger.** Die juvenile Paralyse. Med. Klinik, **8**, S. 1531.

8. **P. Krause.** Die akute epidemische Kinderlähmung. Zeitschr. f. orthop. Chir. Ergänzungsheft, **30**, 140.

9. **R. Lundsgaard.*** Einige Fälle von erworbener Augenmuskellähmung bei Kindern (Heine-Medinsche Krankheit). Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., **51**, S. 734.

10. **Payan** et **Mattei.*** Malformations multiples de l'axe cérébrospinale et de son enveloppe osseuse. Etat réticulaire de la voûte cranienne. Gaz. des hôp., **85**, S. 110.

11. **A. Salerai.*** Paraplegia spastica primaria da trauma spinale. Riv. di Pat. nervosa et ment., **17**, S. 291.

12. **v. Starck.** Die Diagnose der Poliomyelitis acuta. Med. Klinik, **8**, S. 2057.

13. **R. Walter.** Zur Histopathologie der akuten Poliomyelitis. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., **45**, S. 79.

14. **Widal, Levaditi, Brodin** et **Leoneano.*** Un cas parisien de poliomyelite aigue mortelle. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, **28**, S. 20.

Das Blutbild ist während des Inkubationsstadiums der Heine-Medinschen Krankheit ohne besondere Charaktere. Eine Frühdiagnose ist infolgedessen nicht möglich [Broughton (1)].

v. Starck (12) behandelt die Diagnose der Heine-Medinschen Krankheit in Form eines klinischen Vortrages.

Es erkranken nach Manning (5) mehr männliche als weibliche Personen an Heine-Medinscher Krankheit. Bei einer Epidemie in Minnesota herrschte eine Mortalität von 24%. Eine besonders schlechte Prognose quoad vitam gaben Erkrankungen bei Personen über 10 Jahren und unter 1 Jahr.

Mit der Dauer der Epidemie nimmt die Virulenz der mutmaßlichen Erreger zu.

Illenny (6) sucht eine aktive Hyperämie im Gebiete der Spinalarterien dadurch zu erreichen, daß er Saugglocken ansetzt vom Sakrum hinauf bis zum Nacken. Die hyperämisierende Behandlung soll möglichst frühzeitig einsetzen. Verf. berichtet über sehr gute Resultate bei Initialfällen. Bei vielen Fällen mit starker Hyperästhesie usw. dürfte die Methode kaum anwendbar sein.

Walter (13) untersuchte 4 zum Exitus gekommene Fälle von Heine-Medinscher Krankheit. Er will 2 Stadien der akuten Entzündung unterscheiden: zuerst das lymphozytäre, dann das plasmozytäre Stadium; in beiden Zellarten spiegele sich der Fortgang der Entzündung wieder.

Vorwiegend waren die Vorderhörner ergriffen; die Infiltration machte oft an der Grenze der Vorderhörner und Seiten- oder Vorderstranggrundbündelbahn halt. Die Infiltration der Venen war fast regelmäßig stärker als die der Arterien.

Lundsgaard (9) beobachtete während der dänischen Poliomyelitisepidemie bei 5 Kindern (13 Monate bis 4 Jahre alt) Augenmuskellähmungen (4mal einseitige Abduzens-, 1mal doppelseitige Okulomotoriusparese). Er deutet sie als abortive Fälle von Heine-Medinscher Krankheit. Fieber, Unwohlsein u. dgl. waren vorausgegangen.

In Fosters (3) Fall (12jähriger Knabe) setzte die Heine-Medinsche Krankheit außerordentlich stürmisch mit völliger Lähmung bis zum Hals ein. Dazu trat noch eine Bronchopneumonie. Der Ausgang war aber ein sehr günstiger, so daß der Knabe wieder gehen konnte. Merkwürdig war u. a. die Entwicklung einer feinen daunenartigen Behaarung am ganzen Körper in der 3. Krankheitswoche, während das Wachstum der Kopfhaare und der Nägel monatelang pausierte. Später kehrte auch hier wieder alles zur Norm zurück.

Die Mortalität betrug bei der von Krause (8) beobachteten Epidemie 12 bis 15%, völlige Heilung erfolgte in 15 bis 20%. Bei der Behandlung ist Ruhigstellung das erste Erfordernis; aus diesem Grunde sind Bäder nicht anzuraten. Glühlichtschwitzkästen können dagegen empfohlen werden. Bei Hirndruck sind Lumbalpunktionen angezeigt. Prophylaktisch muß Isolierung gefordert werden.

Widal (14), Levaditi und Mitarbeiter berichten über einen foudroyant verlaufenden Fall von Heine-Medinscher Krankheit — spinaler + bulbo-pontiner Typus — bei einem 15jährigen Jungen. Die Sektion ergab die bekannten histologischen Veränderungen.

* * *

Mißgeburt mit Spina bifida und Enzephalozele. Der Schädel machte den Eindruck eines Maschengewebes aus Knochenspangen und Pseudofontanellen [Payan und Mattei (10)].

Gordon (4) stellte die Diagnose juveniler Tabes bei einem 12jährigen Mädchen auf folgende Symptome hin: Lanzinierende Thoraxschmerzen, Fehlen der Patellar- und Achillessehnenreflexe, Sphinkterschwäche, träge reagierende, ungleiche Pupillen, positiver Wassermann.

Ataxie fehlt so oft bei juveniler Tabes, daß man ihr Fehlen geradezu diagnostisch verwerten kann.

Die Diskussionsredner stimmten dem Vortragenden nur teilweise hinsichtlich seiner Auffassung in bezug auf die Ataxie zu.

* * *

Bechterew (2): Die ersten Erscheinungen der Tabes begannen bei dem jetzt 10jährigen Mädchen mit Harninkontinenz, darauf folgten Sehstörungen. Wassermann positiv. Anisokorie, Lichtstarre. Atrophie des rechten Optikus. Fehlen der Patellar- und Achillessehnenreflexe. Apathie, Schlafsucht. Die infantile Tabes beginnt nach Bechterew meist mit Blasenstörungen, denen nach 1 bis 3 Jahren Sehnervenstörungen folgen. Ataxie fehlt oder tritt erst spät auf.

Der Fall, über den Salerai (11) berichtet, machte differentialdiagnostisch Schwierigkeiten gegenüber Little. Im Gefolge eines Traumas trat bei einem 13jährigen Knaben eine spastische Paraplegie der Beine und Paraparese der Arme auf. Auch in der Rumpfmuskulatur bestanden Spasmen. Kein Babinski, normale Pupillen. Keine psychischen Störungen, dagegen leichte Bulbärsymptome.

Gehirn. Schädel.

1. **W. Benthin.** Intrakranielle Blutungen infolge Tentoriumzerreißung als Todesursache bei Neugeborenen und Säuglingen. Monatsschrift f. Geburtsh., **36**, S. 308.

2. **Bertolotti.*** Étude du syndrome oxycéphalique considéré dans ses rapports avec la diathèse rachitique et l'adénoïdisme. Nouv. iconogr. d. l. Salpetr., **25**, S. 1.

3. **Dannenberger.** Die Mikrozephalenfamilie Becker in Bürgel. Klinik f. psych. u. nerv. Krankh., **7**, Heft 1, 27.

4. **N. Gierlich.** Über Form und Wesen der infantilen, hemiplegischen Lähmung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., **11**, S. 153.

5. **Glüh.** Über Mikrozephalie. Zeitschr. f. d. Erf. u. Beh. d. jugendl. Schwachsinns, **6**, S. 207.

6. **Glüh.** Über Hydrozephalie. Zeitschr. f. d. Erf. u. Beh. d. jugendl. Schwachsinns, **5**, S. 293.

7. **G. Martini.*** Sopra un caso di tumore della protuberanza anulare. Riv. di Pathol. nerv. e mentale, **17**, S. 270.

8. **Pakuscher.** Über das Schicksal der Wasserköpfe. Inaug.-Dissert., Berlin, 1912.

9. **Simmons.*** Two cases of intracranial cerebral hemorrhage in the newborn relieved by operation. Boston Med. and Surg. Journ., **166**, S. 43.

10. **Trömner.** Doppelseitige Zyste im Großhirn. (Biol. Abteilung d. ärztl. Vereins in Hamburg.) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Erf., **6**, S. 420.

11. **Volland.** Über zwei Fälle von zerebralem Angiom nebst Bemerkungen über Hirnangiome. Zeitschr. f. d. Erf. u. Beh. d. jugendl. Schwachsinns, **6**, S. 130.

Benthin (1) glaubt, daß auch bei normalen Kopflagen durch unsachgemäße Handgriffe beim Dammschutz während der Austreibungsperiode Tentoriumsrisse und intrakranielle Blutergüsse entstehen können.

Simmons (9) empfiehlt operatives Angehen von subpartum-Blutungen von Neugeborenen. Er berichtet über zwei Kinder, das eine ist jetzt 4 Wochen, das andere 13 Monate alt. Letzteres zeigt bisher keinerlei Anzeichen einer Schädigung durch das Geburtstrauma oder die Operation. Letztere scheint also berufen, die trübe Prognose von Hämorrhagien intra partum (Little,

Porenzephalie, Schwachsinn usw.) günstiger zu gestalten. Verf. bevorzugt ein eigenes schonenderes Operationsverfahren als das von Cushing angegebene.

Trömner (10) demonstrierte das Gehirn eines 10monatigen Säuglings mit symmetrischen Großhirnzysten, die genau dem Gefäßbezirke der Arter. cerebri ant. und med. entsprachen. Ätiologie: Schweres Geburtstrauma oder Enzephalitis. Intra vitam war eine exakte Diagnose nicht zu stellen gewesen. (Hohes Fieber, Krämpfe, Opisthotonus, Reflexe wenig gesteigert, gelegentlicher positiver Babinski, Pupillenreaktion so gut wie aufgehoben, Atrophie der Papille.) Trotz der schweren Defekte trank und schrie das Kind.

Bertolotti (2) veröffentlicht vier Krankengeschichten von Turmschädel. Er sieht die Rachitis als Ursache dieser Anomalie an. Die Rachitis führe zu Hyperämie der Hirnhäute, infolgedessen komme es zu Osteitis und verfrühter Synostose. Die Tatsache, daß die Sella turcica schwere Deformitäten aufweist, läßt den Schluß zu, daß auch die Glandula pituitaria geschädigt sein dürfte und den „Adenoidismus" zeitigt.

Diese Auffassung erscheint in der ital. Medizin vielfach wieder.

Volland (11) beschreibt einen Fall von zerebralem Angiom mit vorzugsweise rechts orientierter Epilepsie bei einem imbezillen Knaben, welcher ein Naevus flammeus der linken Gesichts- und Vorderschädelhälfte aufwies. Es bestand außerdem rechtseitige Hemiparese, leichter Strabismus, verwaschene Sprache, allgemeine choreiforme Bewegungen, unsicherer Gang. Babinski rechts positiv. Exitus an Pneumonie.

Die linke Hemisphäre erwies sich bei der Obduktion kleiner als die rechte; dagegen enthielt ihre Pia zahllose Vaskularisationen (Teleangiektasien und einem venösen Rankenangiom entsprechende Bildungen). In der benachbarten Hirnrinde bestanden destruktive Prozesse, Kalkeinlagerungen und schwere Randgliose.

Die Pyramidenbahnen waren im ganzen Verlaufe intakt. Es lag also eine Hemiplegie bei normaler Pyramidenbahn vor. Man spricht in solchen Fällen nach Spielmeyer von intrakortikaler Hemiplegie und erklärt dieselbe durch eine weitgehende Isolierung der motorischen Pyramidenzellen von den normalen kortikalen Verbänden.

Der positive Babinski ist als „reinster Ausdruck zerebralen Hemmungsfortfalls" anzusehen.

Die Sektion ergab ferner Hypertrophie und Dilatation des Herzens. Volland (11) lehnt die chronische Steigerung des Blutdrucks als ätiologisches Moment ab. Die häufigen Blutdrucksteigerungen des Epileptikers haben auf die dynamischen, muskulären Herzverhältnisse keinen Einfluß. Die Masse und Leistungsfähigkeit des Herzens steht auch beim Epileptiker durchaus in Reziprozität zur somatischen Entwicklung des Individuums, insonderheit zu seiner Skelettmuskulatur.

Ein zweiter Fall Vollands betrifft einen erwachsenen Epileptiker, dem in seiner frühesten Jugend am linken Vorderarm

2 Teleangiektasien exstirpiert worden waren. Später Epilepsie, zuvor mit passagerer Halbseitenlähmung. Exitus im 26. Jahre im Status epilepticus. Bei der Obduktion fanden sich zwei Angiome im Stirnhirn.

Beide Krankenberichte legen nahe, künftighin in analogen Fällen operativ vorzugehen.

Der Fall Martinis (7) war in gerichtlicher Beziehung von Interesse.

2 Monate nach einem Trauma beim Spiele (Hinstürzen infolge einer Ohrfeige) trat der Tod ein, nachdem im unmittelbaren Anschluß an das Trauma Erscheinungen eines Tumors oder einer Kleinhirnblutung manifest geworden waren.

Die Sektion ergab dagegen einen Tuberkel im Pons. Das Trauma wurde vor Gericht als okkasionelles Moment, nicht als Ursache des Tuberkels bewertet.

Die infantile Hemiplegie weicht nach Gierlich (4) dadurch vom entsprechenden Typ beim Erwachsenen ab, daß vornehmlich in Schulter und Hüfte aktive und passive Beweglichkeit weitgehend erhalten sind. Dies Verhalten ist typisch für die angeborene Kinderlähmung; bei später erworbener nähert sich das Verhalten mehr und mehr dem des Erwachsenen (Wernickescher Prädilektionstyp).

Diese Innervationsimpulse sind auf die subkortikalen, motorischen Zentren zurückzuführen. Im embryonalen und Säuglingsalter gehen die Innervationsimpulse fast ganz von den subkortikalen Zentren aus. Erst im 4. Lebensjahre, wenn die Pyramidenbahnen vollausgebildet und funktionstüchtig sind, beherrschen die Rindenzentren die Innervation. Wird daher vor dieser Zeit ein gewisses Gebiet der Rinde vernichtet, so behalten die subkortikalen, motorischen Zentren ihre Funktion in erhöhtem Maße bei. Hierbei spielen auch phylogenetische Momente mit. Näheres darüber im Original.

Dannenberger (3) glaubt, daß bei der Mikrozephalenfamilie Becker das krankmachende Moment an der Mutter haftet. Wahrscheinlich ist die Mikrozephalie intrauterin im Gefolge entzündlicher Prozesse des Gehirns entstanden. Hierauf weist auch der bei dem einen mikrozephalen Bruder bestehende Hydrozephalus hin. Es ist an ein Toxin zu denken, möglicherweise regionären Charakters.

Der Vater der mikrozephalen Kinder hatte 3 Ehen eingegangen. Die letzte blieb wohl infolge hohen Alters beider Eltern kinderlos. Die erste Ehe zeitigte 3 völlig gesunde Kinder. Die zweite 9 Kinder, davon 5 mikrozephale. Daß der Vater der schuldige Teil sei, ist demnach kaum wahrscheinlich.

Glüh (5) veröffentlicht eine literaturkritische und deskriptive (Schädelsammlung der Hamburger Irrenanstalt Friedrichsberg auf der Hygieneausstellung in Dresden) Arbeit über Mikrozephalie. Die Mikrozephalie ist eine ausgesprochen familiäre Erkrankung im Gegensatze zur Hydrozephalie, bei welcher nur selten mehrere Fälle in einer Familie vorkommen. Was die Lebensdauer von Mikrozephalen anbelangt, so hatten 16 ein Alter von 25 bis 50 Jahren erreicht; 40 waren jünger als 25 Jahre gestorben.

Der geringste bisher beobachtete Kopfumfang betrug 32·5 cm bei einem 5jährigen Kinde. Glüh beschäftigt sich eingehend mit der alten Virchowschen Theorie, daß der Grund der Mikrozephalie in frühzeitiger Synostose der Nähte liege.

„Schwerer hat sich kein Trugschluß gerächt als dieser." Von 111 nach Lannelongue operierten Fällen starben 17%, 22·5% waren ohne Erfolg operiert, 9% mit sehr geringem Erfolge, 21·5% wurden gebessert, 27% „gelten" als gebessert. Heutzutage ist die Kraniektomie endgültig aufgegeben. Die Wachstumsenergie des Gehirns läßt sich durch keine äußeren Einflüsse aufhalten. Das Enzephalon bleibt bei den Mikrozephalen primär zurück, sekundär stellt dann auch die Schädelkapsel ihr Wachstum ein.

Glüh erinnert an Experimente Danilewskis, der bei jungen Hunden dadurch Mikrozephalie zu erzeugen suchte, daß er die Köpfe in Metallhelme preßte. Er erreichte tatsächlich, daß der Kopf mikrozephal wurde, dagegen nahm der Gesichtsschädel unverhältnismäßig zu, das Körperwachstum blieb zurück und die Tiere starben bald. Das Gehirn war in allen seinen Windungen abgeflacht, an Gewicht dem der Kontrolltiere gleich.

Glüh (6) bespricht die Hydrozephaluskasuistik, Operationsmethoden usw. und vergleicht hydrozephale auf der Dresdener Hygieneausstellung gezeigte Schädel der Anstalt Friedrichsberg (Hamburg) mit 50 anderen aus der Literatur. (Zahlreiche Diagramme und gute Abbildungen.)

Pakuscher (8) betont die sehr ungünstige Prognose quoad vitam bei den Hydrozephalen. Eine gute körperliche und geistige Entwicklung war bei den Überlebenden eine Rarität.

Meningen.

1. **H. Bonhoff** und **P. Esch.** Über einen Fall von Meningitis purulenta beim Neugeborenen infolge rechtsseitiger eitriger Mittelohrentzündung. Zeitschr. f. Geburtsh., **70**, S. 886.

2. **E. Cottin.*** Geheilte Meningitis tuberculosa. Rev. de Méd., **32**, S. 848.

3. **E. Gastier.*** Zur Kasuistik der Meningitis basilaris posterior. Wratsch. Gazeta, **19**, S. 225.

4. **V. Grysez.*** Nouveau procédé de diagnostic de la méningite cérébrospinale par inoculation intrarachidienne du liquide de ponction au cobaye. Compt. rend. d. l. soc. de biol., **72**, S. 369.

5. **L. Guinon** et **H. Grenet.*** Méningite a méningocoques et a bacilles de Koch associés. Rev. internat. de la Tuberculose, **21**, S. 33.

6. **H. Recken.*** Intrakranieller Bluterguß bei Otitis media acuta, eine beginnende Meningitis vortäuschend. Zeitschr. f. Ohrenheilk. u. f. d. Krankh. d. Luftwege, **66**, S. 4.

7. **M. Roch** et **E. Cottin.*** L'épreuve de l'atropine dans le diagnostic des états méningés et cérébraux. Sem. méd., **32**, S. 577.

8. **W. Weltz.*** Ein Fall von mehrmals in 4wöchigem Typus rezidivierender Meningitis serosa bei einem jungen Mädchen. Mitteil. a. d. Hamburger Staatskrankenanstalten, **13**, Heft 6.

Cottin (2) schildert einen absolut einwandfreien Fall von geheilter tuberkulöser Meningitis. Die mit Lumbalpunktat injizierten Tiere gingen sämtlich an Tuberkulose zugrunde.

Der Fall von Guinon (5) betraf ein 8jähriges Mädchen. Der Tod erfolgte unter dem Bilde eitriger Meningitis. Im Lumbalpunktate Meningokokken und Tuberkelbazillen.

Grysez (4) empfiehlt, das Lumbalpunktat von epidemischer Meningitis (wenn es nicht ganz steril aufgefangen werden konnte oder aus sonstigen Gründen nicht bald verarbeitet werden kann) einem Meerschweinchen intraspinal einzuspritzen. Es erfolgt alsdann nach 2 bis 24 Stunden unter starkem Temperaturabfalle der Tod. Bei luetischem oder tuberkulösem Liquor tritt der Exitus erst mehrere Wochen später auf.

Auf Injektion von $^2/_{100}$ mg Atropin tritt nach Roch und Cottin (7) eine Beschleunigung der Herzaktion auf, die auf Lähmung intrakardialer Vagusendäste beruht.

Fällt bei Bradykardie der Atropinversuch positiv aus, so ist eine nervöse Ursache (Vagusreizung) anzunehmen. Bleibt die Bradykardie aber unbeeinflußt, so liegt der Grund dafür in Veränderungen des Herzens selbst.

Bonhoff und Esch (1) berichten über eine tödliche Infektion der Meningen durch einen Kapselbazillus (Bac. mucosus capsulatus) im Gefolge einer Otitis media.

Weitz (8) schildert eine rezidivierende Meningitis serosa.

„Bei einem 14jährigen, noch nicht menstruierten Mädchen traten dreimal in vierwöchigen Pausen plötzlich einsetzende, schwere Anfälle von Kopfschmerzen, Erbrechen, Bewußtseinsverlust oder Bewußtseinstrübung mit Pulsverlangsamung und leichter Temperaturerhöhung auf. Dabei fand sich anfangs geringe Zellvermehrung und positive Globulinreaktion im Liquor, später normales Verhalten desselben auch im Anfalle; doch war der Druck desselben jedesmal im Anfalle sehr erhöht, durch die Punktion trat rasche Besserung der Beschwerden ein. Ein halbes Jahr später trat noch ein ähnlicher, aber nicht beobachteter Anfall bei der Patientin auf. Weitz nimmt als Ätiologie von den Ovarien stammende, angioneurotische Einflüsse an."

Gastier (3) publiziert den Fall eines 4 Monate alten Kindes, das unter den Erscheinungen einer hämorrhagischen Pachymeningitis und septischen Leptomeningitis mit Hydrozephalus starb. Bei der Sektion fand sich eine zirkumskripte basilare Leptomeninigitis mit sekundärem Hydrozephalus internus (Verschluß des Foramen Magendii). Als ätiologisches Moment supponiert Verf. die Wirkung kalten Wassers(?), welches dem Säuglinge auf den Hinterkopf gegossen wurde.

Recken (6) schildert eine sehr bemerkenswerte, zerebrale Komplikation bei Otitis med. perfor. bilateralis. 4 Wochen nach Beginn der Erkrankung traten bei dem 3jährigen Kinde plötzlich Bewußtlosigkeit, klonische Krämpfe der linken Seite und Athetose des rechten Armes auf. Die Pupillen reagierten träge. Die Vermutung einer Meningitis, eines Abszesses lag nahe. Die erste Lumbalpunktion ergab zunächst leicht sanguinolenten Liquor, die zweite reines Blut, die dritte dagegen bewies schon wieder normale Verhältnisse. Die

sämtlichen alarmierenden Erscheinungen verloren sich rasch. Als Ursache muß also ein Bluterguß angenommen werden, durch ein Trauma (Fall aus dem Bette) veranlaßt.

Infektionen. Intoxikationen.

Unterabteilung: Chorea.

1. **Barbier et Gastier.** Quelques faits d'hérédosyphilis du système nerveux. Bull de la soc. de péd. de Paris, 1912, 9.
2. **J. Collins, R. Armour.*** Akute Bulbärparalyse nach Mumps. Rev. of Neurol and Psych., **10**, S. 361.
3. **Meldola.** Der Alkoholmißbrauch in Hamburg in seinen Beziehungen zum Jugendalter. Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Beh. d. jugendl. Schwachsinns, **5**, S. 326.
4. **Lafforgue.*** Paramyoclonus d'origine ourlienne. Rev. de méd., **32**, 4, 303.
5. **O. Meyer.*** Alimentäre Vergiftung unter dem Bilde zerebraler Herdaffektion. Deutsche med. Wochenschr., **38**, S. 1550.
6. **R. Neurath.** Die Rolle des Scharlachs in der Ätiologie der Nervenkrankheiten. Ergeb. d. inn. Med. u. Kinderheilk., **9**, 103. (Unter Benutzung eines Autoreferates.)
7. **B. Scherwinzky.** Stechapfelvergiftung mit anfänglich paralyseähnlichem Bilde. Med. Klinik, **8**, S. 62.
8. **F. Zinsser.** Über Zahnveränderungen bei kongenitaler Syphilis. Arch. f. Dermatol. u. Syph., Orig., **113**, S. 1233.

Die Statistik von Meldola über Alkoholmißbrauch im Kindesalter erstreckt sich auf 6029 Hamburger Volksschulkinder. Von ihnen hatten 31% noch nie Alkohol genossen, 8% genossen ihn regelmäßig; von diesen letzteren 476 Kindern bekamen 170 alkoholische Getränke als „Stärkungsmittel".

Diese Zahlen sind im Vergleich zu Süddeutschland günstig. (Intensiver Guttemplerbetrieb in Hamburg, Altona! Ref.)

Die Frage, ob regelmäßiger Alkoholgenuß die Schulleistungen mindert, wird bejaht.

Für abstinente Schüler ergab sich als Durchschnitts-Klassenplatz 18
Für gelegentlich trinkende 26
Für regelmäßig trinkende . . . . . 31.

Von 2006 gelegentlich trinkenden Kindern hatten 877 tadelnde Bemerkungen im Zeugnis (zerstreut, nachlässig, träge, faul, verlogen usw.).

Bei 312 regelmäßig trinkenden Schulkindern betrug die entsprechende Zahl 247; unter ihnen stieg die Zahl der Lügner, Trotzigen und Streitsüchtigen erheblich an.

In 29% aller Kinder war in der Aszendenz Alkoholismus festzustellen. Die Arbeit enthält weiterhin viel vergleichende Statistik, Konzeptionsterminberechnungen und anderes Interessante mehr.

Die Vergiftung mit Datura stramonium wurde im Falle Scherwinzkys (7) erst nachträglich richtig diagnostiziert. Der 11jährige etwas schwachsinnige Junge hatte Stechapfelfrüchte

gegessen und verfiel in Delirien, hatte Gehörstäuschungen und weite, lichtstarre Pupillen. Nach 5 Tagen waren die Pupillen enger geworden und reagierten. Keine besondere Therapie, da man bei der Einlieferung des Knaben in die Irrenanstalt Dalldorf mangels anamnestischer Daten an einen psychotischen Zustand dachte.

Ganz ähnlich verlief eine Beobachtung Neyrons (Lyon méd., 119, S. 556). Der Erregungszustand dauerte über 24 Stunden und endete mit tiefem Schlafe.

Außer der bekannten Hutchinsonschen Deformität gibt es, wie Zinsser (8) mitteilt, eine noch häufigere Zahnanomalie bei Säuglingslues, nämlich Atrophie der Kuppe an den ersten Molaren. Die Kaufläche ist so weit abgeschliffen, daß der betreffende Zahn kleiner erscheint als die benachbarten. In 48 Fällen von Lues fand sich die Hutchinsonsche Anomalie 22mal, die Hypoplasie des ersten Molaren dagegen 34mal.

Barbier und Gastier (1) berichten über einige Fälle von Lues des Zentralnervensystems beim Kinde. Sie schildern eine epileptische, akut meningitische, meningomyelitische, eine sklerosierende und endlich eine unter Tumorerscheinungen verlaufende Form.

Neurath schildert die postskarlatinösen Erkrankungen des Zentralnervensystems unter Beibringung selbst beobachteter Fälle. Die Meningen beteiligen sich in 3 Formen: als Meningismus, seröse, eitrige Meningitis. Auch der Meningismus ist, wie die seröse Meningitis im Initialstadium des Scharlachs, auf ein anatomisches Substrat (Infiltration, Hyperämie, Liquorvermehrung) zurückzuführen. Die eitrige Meningitis tritt im Früh- oder Desquamationsstadium auf.

Wichtig als häufigste postskarlatinöse Lähmung ist die Hemiplegie, welche meist in der Rekonvaleszenz einsetzt. Sie bleibt in der Regel stationär. Aphasie kombiniert sich oft mit der Halbseitenlähmung oder schließt sich an Nephritis mit Urämie an. Häufig wurden Psychosen im Anschluß an Scharlach beobachtet. Neurath vermutet, daß hier oft eine Meningitis das Substrat geliefert hat.

Lafforgue (4) berichtet über klonische Kontraktionen der meisten Körpermuskeln bei schwerer Parotitis. Nach einigen Remissionen gingen die Erscheinungen zurück. Liquorbefund war normal.

Die Autopsie des Falles von Collins (2) — akute Bulbärparalyse nach Parotitis — ergab poliomyelitisähnliche histologische Veränderungen.

Chorea.

1. **Allen Roß-Dieffendorf.** Mental symptoms of acute chorea. Journ. of Nerv. Ment. Dis., **39**, S. 161.

2. **H. Grenet et P. Loubet.** Chorée de Sydenham avec symptomes nerveux organiques. Bull. de la soc. de péd. de Paris, 1912, S. 162.

3. **G. Flatau.** Über Chorea luetica. Münchener med. Wochenschr. **59**, S. 2102.

4. **C. Leurianx.*** La chorée grave et le **606**. La Pathol. infant., **9**, S. 205.
5. **Lian** et **Landesmann.*** Chorée de Sydenham avec signes de lésions pyramidales. Rev. neurol., **20**, S. 434.
6. **W. Pawlow.*** Fall von Chorea minor, mit Salvarsan behandelt. Russ. Wratsch., **10**, S. 587.
7. **Pfeiffer** und **Albrecht.** Zur Kenntnis der Harntoxizität des Menschen bei verschiedenen Krankheitszuständen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., **9**, S. 409.
8. **F. J. Poynton.*** Observations upon nervous manifestations in the rheumatisme of childhood. Brit. Journ. of Child., Dis., **9**, S. 49.
9. **G. Sallinger.** Selvarsan bei Chorea minor. Münchener med. Wochenschr., **59**, S. 1376.
10. **E. Weill.*** Le traitement de la chorée de Sydenham. La Pathol. infant., **9**, S. 7.
11. **A. Westphal.** Beitrag zur Ätiologie und Symptomatologie der Chorea minor. Med. Klinik, **8**, S. 604.

Westphal (11) berichtet über zwei seltene Komplikationen bei Chorea. Der erste Fall betrifft einen 12jährigen Knaben mit schwerster Chorea, Endokarditis, hohem Fieber, bei dem die Patellarreflexe nicht auszulösen waren. Die Sektion ergab akute Endokarditis; aus den Klappenauflagerungen wuchs ein wenig virulenter Streptokokkus. Im Lendenmark zeigten die Vorderhornganglienzellen akut entzündliche Veränderungen.

Der zweite Fall, ein 16jähriges Mädchen, erlag ebenfalls einer heftigen postrheumatischen Chorea mit schweren psychischen Störungen. Es waren ferner anscheinend sämtliche Augenmuskeln mit Ausnahme der Recti externi gelähmt. Der Sphinkter war ebenfalls ergriffen. Pupillen verengt, ohne Lichtreaktion. Als anatomische Grundlage fand sich eine Polioenzephalitis acuta haem. am Boden des dritten Ventrikels und des Aquäduktus.

Westphal teilt diese 2 Beobachtungen einmal wegen der Seltenheit der Komplikationen mit und weil sie — mögen sie auch noch so selten sein — für den infektiösen Charakter der Chorea sprechen. Denn spinale wie zerebrale Krankheitserscheinungen kommen im Gefolge oder Verlauf von Intoxikationen und Infektionen nicht so selten vor.

Grenet und Loubet (2) berichten ebenfalls über hauptsächlich rechts lokalisierte organische Symptome bei einem 8jährigen an Chorea erkrankten Mädchen (Hypotonie und Adynamie besonders des rechten Beines und Armes, synkinetische Handbewegungen, Adiadochokinesis.) Babinski war negativ.

Es bestand ferner das Grassetsche Symptom: Beim Versuche die Beine gleichzeitig zu erheben bleibt ein Bein zurück (hier das rechte) und fällt auch früher in die Ruhelage zurück bei passiver Erhebung.

Bei der Choreakranken Lians und Landesmanns (5) bestanden schwache, aber deutliche Halbseitensymptome links, ebenfalls ein Zeichen, daß die Chorea nicht bloß eine funktionelle Neurose ist.

Der Verlauf von Choreapsychosen ist gewöhnlich kurz und günstig. Doch kommen auch letale Ausgänge vor, besonders in solchen Fällen mit Polyarthritis und Endokarditis [Allen Roß-Dieffendorf (1)].

Flatau (3) beschreibt folgendes, nicht häufiges Krankheitsbild. Ein 4½ monatiger Säugling erkrankt im Anschluß an Brechdurchfall an Meningitis. Nach 9tägigem Koma tritt eine Chorea von zunehmender Intensität ein, die jetzt 5 Jahre stationär ist. Der Knabe reagiert positiv nach Wassermann.

Zweimalige Injektion von 0·2 Salvarsan bewirkte Besserung, nachdem die übliche antichoreatische Therapie völlig erfolglos gewesen war. Nach energischer Quecksilberkur (es wurden 192 g verrieben!) weitere Besserung. Wassermann jetzt negativ.

Pawlow (6) berichtet über die vollständige Heilung eines 17jährigen Jungen mit Chorea durch 3 Salvarsaninjektionen (0·1, 0·2, 0·3 in 5tägigem Intervall).

Weill (10) behandelt die Chorea mit möglichster Ruhe und legt auch auf ausgiebige Schlafruhe Wert (Narkotika). Antipyrin vom 6. Jahre, 1·0 pro Tag, später ansteigend auf 3·0—5·0 bis zur Heilung. Oder man gibt Arsen — am besten als arsenige Säure — von 5 mg pro die ansteigend auf 20 bis 25 mg und wieder auf 5 mg innerhalb von 14 Tagen zurückgehend. Die Form der Darreichung ist folgende: Vermischung des Arsens mit der 20fachen Menge Milchzucker oder Kochsalz, Verreibung in 10 g Butter, die auf Brot gestrichen, während oder nach der Hauptmahlzeit verabreicht wird. (Die ganze Tagesdosis auf einmal.)

In recht seltenen Fällen, in denen die geschilderte Therapie versagt, ist man genötigt, zu Morphium, Opium, Belladonna, Hyoszin zu greifen.

Referent möchte raten, die Hyoszintherapie nicht bloß in ganz verzweifelten Fällen von Chorea oder als allerletztes Mittel anzuwenden. Sobald eine Chorea nicht in der durchschnittlichen Frist (zirka 3 bis 4 Wochen) abgeklungen ist, beginne man Hyoszin per os zu verabfolgen. Aber ein unbedingt zuverlässiges Präparat (wir verwenden Merckssches Hyosc. hydrobrom.) ist nötig.

Leurianx (4) behandelte eine schwere Chorea (11jähriges Mädchen) erfolgreich mit Salvarsanklysmen (3mal je 0·2 bis 0·3 Salvarsan in 150 Wasser).

Die 10jährige Patientin Salingers (9) litt — neben Lues — an typischer Chorea. Auf 0·1 Salvarsan intravenös trat eine frappante sofortige Besserung der motorischen Erscheinungen ein, die weiterhin so erheblich fortschritt, daß die Kleine bereits am 3. Tage wieder entlassen wurde.

Von Pfeiffer und Albrecht (7) wurde bei Chorea hohe Harntoxizität beobachtet, die bei symptomatischer Besserung absank, bei Verschlimmerung wieder anstieg.

Poynton (8) will einen Diplokokkus als Erreger des Rheumatismus gefunden haben. Er hält die Chorea für eine Folge der Ansiedelung des Keimes im Zentralnervensystem. Er will experimentell bei Kaninchen choreiforme Erscheinungen neben rheumatoiden durch intravenöse Injektion des fraglichen Diplokokkus erhalten haben.

Familiäre Erkrankungen.

1. **M. Debrochotow.*** Fall von hereditärer Familienerkrankung vom Übergangstypus zwischen spastischer Spinalparalyse und Friedreichscher Krankheit. Journ. f. Neuropathol. u. Psych., **11**, S. 707.

2. **K. Frey.** Zwei Stammbäume von hereditärer Ataxie. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., **744**, S. 351.

3. **Ph. Kreiß.** Über hereditären Tremor. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., **44**, S. 111.

4. **F. Landsberger.** Die Beteiligung des Großhirns bei der Heredoataxie cérébelleuse. (P. Marie.) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., **13**, S. 525.

5. **Lundborg.** Der Erbgang der progressiven Myoklonusepilepsie (Myoklonie-Epilepsie, s. Unverrichts familiäre Myoklonie). Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., **9**, S. 353.

6. **Recktenwald.** Lundborg-Unverrichtsche familiäre Myoklonie bei 3 Geschwistern. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., **8**, S. 500.

7. **F. Schob.** Zur pathologischen Anatomie der juvenilen Form der amaurotischen Idiotie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., **10**, S. 303.

8. **P. Stewart.*** Familiar amaurotic ataxic paraplegia. Rev. of Neurol. and Psych., **10**, S. 357.

Auf die eingehenden Forschungen Freys (2) über die hereditäre Ataxie in zwei Familiensippen (der eine Stammbaum reicht bis ins 16. Jahrhundert) sei hier kurz hingewiesen. Es prävalierte der Friedreichsche Typus, doch kamen auch viele weniger typische Formen vor. (Übergänge vom spinalen, bulbären zum zerebellaren Typus.) Beide Geschlechter waren in gleicher Weise befallen. Vielfach waren Verwandtenheiraten vorgekommen. Auch Alkoholismus sprach mit. Frey betrachtet die hereditäre Ataxie als unmittelbare Vorstufe des Aussterbens des betreffenden Familienzweiges.

* * *

In der Symptomatologie der zerebellaren Heredoataxie haben bisher die Großhirnsymptome wenig Beachtung gefunden. Das Großhirn ist aber, wie Landsbergen (4) ausführt, an der Kompensation der ausfallenden Kleinhirnfunktionen sekundär beteiligt.

Bei 3 Schwestern mit zerebellarer Ataxie konnte Landsbergen eingehende Studien machen. Alle 3 Kranken, 19, 16, 14 Jahre alt, litten außerdem an Epilepsie und Schwachsinn, in bezug auf letzteren allerdings in Abstufungen, derart, daß die Verblödung bei der ältesten Schwester am größten war. Diese war auch somatisch die hilfloseste. In allen 3 Fällen bestanden hochgradige

Gleichgewichtsstörungen, in allen 3 Fällen Adiadochokinesie. Gerade dieses Symptom sollte mehr als bisher beachtet werden. Die Krankheit begann mit Gehstörungen in den ersten Lebensjahren, dann kamen Ataxie der Hände und der Sprache hinzu. Im 8., 10., 11. Lebensjahre war bereits ein Schulbesuch nicht mehr möglich. Im 10. 11., 12. Jahre setzte die Epilepsie ein.

Nach P. Marie soll die Heredoataxie erst im vorgerückten Alter beginnen. Diese Auffassung ist mittlerweile durch anderweitige Beobachtungen (Heubner) modifiziert worden. Die epileptischen Krämpfe zeigen, daß auch in der Großhirnrinde Veränderungen bestehen, sind also symptomatischer Natur.

Klinisch lassen sich nach Verf. 4 Typen aufstellen:

1. Spinaler Typus (Friedreichs Ataxie).

2. Zerebellarer Typus (P. Marie).

Bei diesen beiden Formen können die psychischen Störungen in den Hintergrund treten.

3. Stark ausgeprägte Großhirnsymptome, mit Gruppe 1 oder 2 vergesellschaftet.

4. Allgemeiner Typus (Nonne) mit Befallensein des gesamten Zentralnervensystems.

Kreiß (3) berichtet über hereditären Tremor in zwei Familien; bei der ersten in 3, bei der andern in 2 Generationen. Auffällig war die Progression in bezug auf das zeitliche Auftreten bei den einzelnen Generationen. Beim Großvater 6. Jahrzehnt, beim Vater 3. Jahrzehnt, bei den Enkeln zwischen 6. und 10. Lebensjahr. Gleichsinnig hiermit ging eine Verschlechterung der Konstitution. In der zweiten Familie sind die Verhältnisse ganz ähnlich.

Eine eigenartige familiäre Erkrankung wurde von Stewart (8) beobachtet. Sie begann mit Optikusatrophie, sekundär folgte dann Stabismus divergens. Zerebellare Symptome. Pes equinovarus. Nystagmus. Es handelte sich um 3 Geschwister. Das vierte, erstgeborene, war dagegen gesund.

Die von Debrochotow (1) beschriebene Familienerkrankung trat bei den Kindern und Enkeln eines zweimal verheirateten gesunden Mannes aus gesunder Familie auf. Er hatte 16 Kinder; davon blieben 10 am Leben und erkrankten 6. Die Zahl der Enkel betrug gleichfalls 16, davon starben 6; 10 blieben am Leben und 5 erkrankten. Die Erkrankung setzte regelmäßig mit 8 bis 12 Jahren ein, nahm etwa bis zum 17./19. Jahre zu und blieb dann stationär.

Das Syndrom, um welches es sich hier handelte, bestand in spastischer Paraplegie mit Fußklonus, Babinski, Pes equinovarus. Die Sensibilität war intakt. Später traten bulbäre Symptome hinzu. Augenhintergrund normal. Obere Extremitäten völlig normal. Verf. faßt das Syndrom als spastisches Seitenstück zur Friedreichschen Krankheit auf (Freud).

Lundborg (5) behauptet, daß der Paramyoklonus multiplex familiaris erblich sei, und zwar nach Mendelschen Gesetzen. Eine Spaltung der Krankheit in Myoklonus und Epilepsie

finde bei der Vererbung nicht statt. Eine Deszendenztafel erläutert die familienbiologischen Ausführungen.

Die Recktenwaldschen (6) Fälle von familiärer Myoklonie hatten noch einige bisher wenig bekannte Besonderheiten: Fehlen der Bauchdeckenreflexe, Babinskischer Zehenreflex und spastisch-paretische Erscheinungen.

Unverricht hatte seinerzeit die Myoklonie als eine im wesentlichen spinale Erkrankung angesprochen. Neuere Forschungen ergaben dann aber, daß mit mehr Wahrscheinlichkeit die motorische Rindenregion als Emissionsort der Impulse zu den Myoklonien in Betracht kommen. Auch Recktenwald führt die oben erwähnten Phänomene als Stütze für eine Schädigung der primären motorischen Neurone an, und zwar speziell der Rolandoschen Zone. Es liegt ferner die Vermutung nahe, daß auch die Hirnhäute mitbeteiligt sind.

Für die von Lundborg angenommenen Beziehungen zur Tetanie fand Recktenwald in seinen Fällen keinen Anhalt.

Die Myoklonie begann bei allen drei Geschwistern im 9. Jahre mit nächtlichen Insulten (Aufschreien, Einnässen, Zuckungen). Etwa 1 Jahr darauf traten Zuckungen in Händen und Beinen auf, die beiden älteren Kinder sind infolgedessen bettlägerig. Die vordem normale Intelligenz ging zusehends zurück. Bei dem ältesten Kind (17jähriger Junge) haben die typischen epileptischen Anfälle ein oft serienweises Gepräge. Der körperliche Verfall schreitet rapid fort. Die Sprache wird rudimentär. Das Gesicht ist in seinen unteren Teilen paretisch. Nur der Augenmuskelapparat ist noch ganz intakt. Die 16jährige Schwester hat noch gelegentliche Remissionen, „gute Zeiten", doch ist der fortschreitende Marasmus unverkennbar. Auch das jüngste (14jährige) Mädchen kann nicht mehr gehen und hat gehäufte nächtliche epileptiforme Anfälle.

Schob (7) veröffentlicht den eingehenden histopathologischen Befund (Partien aus Hirnrinde, Hirnstamm, Medulla oblongata, Zentralganglien) eines 8jährigen, nicht jüdischen Knaben mit amaurotischer Idiotie.

Als Besonderheit wird neben starkem Hydrozephalus eine komplizierende Pachymeningitis haemorrhagica und Leptomeningitis fibrosa notiert. Weiterhin ist der Befund ausgedehnter Schwellungsvorgänge an den Dendriten der Purkinjeschen Zellen bemerkenswert. Wassermann war negativ.

Muskelatrophie (Typ Werdnig-Hoffmann).

1. **Batten** and **Holmes.*** Progressive spinal muscular atrophy of infants. (Werdnig-Hoffmann Type.) Brain, **35**, S. 38.

2. **E. Gatz-Emanuel.** Zwei Fälle von infantiler familiärer spinaler Muskelatrophie. (Werdnig-Hoffmannscher Typus.) Neurol. Zentralblatt, **31**, S. 1010.

3. **Parsons** and **Stanley.*** Progressive spinal muscular atrophy of joung children. (Werdnig-Hoffmann Type.) Brain, **35**, S. 50.

4. **T. Zatelli.*** Zur Klinik und Pathologie der familiären frühinfantilen, spinalen und progressiven Muskelatrophie. (Typus Werdnig-Hoffmann.) Arb. a. d. Neurol. Inst. a. d. Wiener Univ., **19**, S. 136.

Gatz-Emanuel (2) erörtert namentlich die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose bei spinaler Muskelatrophie. Für Werdnig-Hoffmann sprechen Klumpfuß und Entartungsreaktion. Für Dystrophie die Pseudohypertrophie und der späte Beginn (6. Jahr).

* * *

Die Veränderungen an den Vorderhörnern bei frühinfantiler Muskelatrophie sind auffallend und stärker als bei anderen Myopathien, es besteht große Ähnlichkeit mit den Verhältnissen bei der Oppenheimschen Myatonia congenita. Daß die Muskelerkrankung von der Vorderhornaffektion abhängt, dürfte Batten und Holmes (1) schwer beweisen. Immerhin scheint die Erkrankung im Spinalsystem primärer Natur zu sein.

Parsons und Stanley (3) erhoben bei spinaler Muskelatrophie vom Typ Werdnig-Hoffmann die gleichen mikroskopischen Befunde, die schon aus früheren Publikationen bekannt sind. Gewisse Abweichungen in den Ergebnissen einzelner Untersucher erklären sich vermutlich aus der Schwere und verschieden langen Dauer des Leidens.

* * *

Eines von zwei an progressiver Muskelatrophie leidenden Geschwistern starb an einer interkurrenten Erkrankung und wurde von Zatelli (4) obduziert. Die Vorderhornzellen waren atrophisch und fettig-pigmentös degeneriert; in Verbindung damit Degeneration der vorderen Wurzelbahnen bis zum atrophisierten Muskel. Dieser bot hingegen seinerseits kein Zeichen akuter Degeneration. Im Rückenmarke fanden sich schwere Degenerationen in den Pyramidensträngen und — schwach ausgeprägte — in den Gollschen Fasern. Die Veränderungen im Pyramidensystem führten bis zur Hirnrinde.

Nach dem histopathologischen Befunde könnte die Werdnig-Hoffmannsche Muskelatrophie als Unterart der amyotrophischen Lateralsklerose aufgefaßt werden. Das klinische Fehlen der Pyramidenausfallsymptome erklärt sich durch den spinalen Beginn der Muskelatrophie und die erst spät auftretende Läsion der Pyramiden.

Innere Sekretion.

(Infantilismus. Kretinismus. Myxödem und Verwandtes.)

1. **Citelli.*** Sui rapporti fisio-patologici tra sistema ipofisario e varii lesioni di lunga durata sia del faringe nasale che dei seni sfenoidali. Su una speciale sindrome psichica e la sua cura. Riv. Ital. d. Neuro-pathol. Psichiat. ed Elettroterap., **4**, 480, 529.

2. **A. v. Elselsberg.** Fall von Thyreoaplasie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref., **5**, S. 654.

3. **Dieterle, Hirschfeld** und **Klinger.** Studien über den endemischen Kropf. Münchener med. Wochenschr., **60**, S. 1813.

4. **Ducosté.*** Le crétinisme. Rev. de psych., **15**, S. 446.

5. **Henschen.** Überpflanzen normaler, mütterlicher Schilddrüse in das Peritoneum, das Knochenmark und die Vena saphena magna

des myxidiotischen Kindes. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, **42**, S. 503.

6. **C. G. Kerley, S. P. Beebe.*** A case of delayed development in a boy treated with thymus gland. Amer. Journ. of the Med. Scienc., **144**, S. 219.

7. **Kowalewski,** zitiert nach Shukowski und Aisenberg. Jahrb. f. Kinderheilk., **76**, S. 317.

8. **P. Kranz.** Schilddrüse und Zähne. Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilk., **30**, S. 1.

9. **Kutschera v. Aichbergen.** Gegen die Wasseräthiologie des Kropfes und Kretinismus. Münchener med. Wochenschr., **60**, S. 393.

10. **Derselbe.** Die Tostenhuben in der Gemeinde Sirnitz in Kärnten. Wiener klin. Wochenschr., **25**, S. 1909.

11. **A. Laptew.*** Drei Fälle von Achondroplasie. Pädiatria (russisch). **2**, S. 327.

12. **M. Lemos.*** Gigantisme, Infantilisme et acromegalie. Nouv. Iconogr. de la Salpetrière, **24**, S. 1.

13. **Léopold et Lévi.*** Suralimentation, obesité, testicule. Compt. rend. de la soc. de biol., **72**, S. 820.

14. **A. Lourié.** Stoffwechselversuche und Therapie bei der mongoloiden Idiotie. Zeitschr. f. d. Beh. Schwachsinniger, **32**, S. 94.

15. **P. Mathes.** Der Infantilismus, die Asthenie und deren Beziehungen zum Nervensystem. Berlin, S. Karger, 1912.

16. **Meige.*** Infantilisme mental et infantilisme moteur. Rev. de Psych., **15**, S. 330.

17. **E. A. Rich.*** The atrophic form of Littles paralysis. Journ. of the Amer. Med. Assoc., **59**, S. 175.

18. **Schittenhelm** und **Weichardt.** Der endemische Kropf mit besonderer Berücksichtigung des Vorkommens im Königreiche Bayern. Berlin, 1912, Jul. Springer.

19. **A. Souques.** L'infantilisme et l'insuffisance de la sécrétion interne du testicule. Rev. neurol., **20**, 454.

20. **Söderbergh. G.** Über Pseudotetanus myxödematoides. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., **32**, S. 402.

Die Monographie von Mathes (15) über Infantilismus, Asthenie und deren Beziehungen zum Nervensystem ist vorwiegend nach Gesichtspunkten der Gynäkologie orientiert.

Lemos (12) äußert die Ansicht, daß Riesen und Kinder zusammengehören, d. h. daß manche Riesen nichts anderes als extrem große, infantile Personen sind. Darauf deutet auch die häufig auf infantiler Stufe beharrende Geschlechtssphäre hin.

Im Gegensatze hierzu betont Meige (16), daß geistiger Infantilismus gewöhnlich mit infantilem Habitus der Muskelkraft, Muskelmasse, Zurückbleiben der ganzen äußeren Erscheinung usw. verknüpft ist.

Kerley und Beebe (6) verabreichten einem geistig normalen, körperlich zurückgebliebenen Jungen von 16 Jahren, der bisher vergeblich mit Ruhe, Arsen, Lebertran behandelt worden war, Thymusextrakt. Und siehe da, es wuchs der Jüngling! Sogar Erektionen traten auf.

Immerhin drücken die Autoren sich anerkennenswert vorsichtig aus in bezug auf das post hoc propter hoc.

Souques (19) hält die Insuffizienz der inneren Sekretion der Geschlechtsdrüsen für die Ursache des Infantilismus. Die vielfache klinische Differenz, in der sich der Infantilismus offenbart, hängt

von dem Alter ab, in welchem die Hodenatrophie einsetzt. Kryptorchismus allein bedingt noch keinen Infantilismus. Auch Samenstrangabbindung hat keine Störung in der Abgabe der inneren Sekrete zur Folge.

Die Hodenatrophie kann primärer Natur sein (Trauma, Entzündungen) oder sie ist die Folge einer Störung im Ablaufe der inneren Sekretion anderer Drüsen, z. B. der Hypophyse oder auch mehrerer Drüsen zugleich.

Ein 9jähriger Junge litt nach Léopold und Lévi (13) an Adipositas nimia und zeigte feminine Charaktere. Auf Nahrungseinschränkung gingen diese Symptome zurück. Verff. schließen hieraus auf einen unheilvollen Einfluß der Überernährung auf die innere Sekretion zurück.

Die Carrelschen Kulturversuche veranlaßten Henschen (5) dazu, mütterliches Schilddrüsengewebe in die Blutbahn des myxödematösen Kindes einzupflanzen. Ein überzeugender augenfälliger Erfolg der Operation war bisher nicht festzustellen.

Laptew (11) berichtet u. a. über 2 Fälle von Achondroplasie bei Geschwistern. Die ersten Symptome traten im 2. Lebensjahre auf.

Kellner demonstrierte im Hamburger ärztlichen Verein einen Fall von Athyreosis, welcher nach 3jähriger Behandlung mit Jodothyrin „nahezu" geheilt ist.

Söderberghs (20) etwas komplizierter Fall betraf ein 10jähriges Mädchen. Der Pseudotetanus trat nach einem Trauma (Unterarmverletzung mit Abszeßbildung) auf. Zuerst in unklarer Form: depressive Gemütsstimmung, „altkluges Aussehen", enge Lidspalten. Dann nach Remission dieser Erscheinungen universelle Hautschwellungen, die zurückgingen; dafür machten sich nun aber Muskelrigiditäten bemerkbar, die auch wieder verschwanden. Ein Vierteljahr später setzte endlich nach diesen Vorboten der vollentwickelte Pseudotetanus mit höchster Intensität ein. Es bestanden allgemeine tonische Krämpfe, welche 2 Monate anhielten, auch während des Schlafes nicht pausierten. Nach einmonatiger Pause leichtes Rezidiv. Die bakteriologische Untersuchung des Abszeßeiters war negativ; eine elektrische Übererregbarkeit bestand nicht.

Nun bestanden aber bei der Kranken außerdem noch myxödematöse Erscheinungen (rauhe, schuppende Haut, dünnes Haar, kleine, derbe Schilddrüse, eigenartiger psychischer Zustand, passageres Hautödem, geringe Neigung zu Schweißausbruch).

Söderbergh stellt die Hypothese auf, daß im Gefolge des Vorderarmabszesses eine Thyreoiditis (metastatisch oder toxisch) entstanden sei und daß der Pseudotetanus eine Folge der durch den abnormen Schilddrüsenzustand bedingten Störung der inneren Sekretion darstelle.

Der Kretinismus ist nach Ducosté (4) in allen Fällen auf die Wirksamkeit einer schweren Funktionsstörung der Schilddrüse zurückzuführen. Er ist ein „endemisches Myxödem".

Die sehr eingehende Arbeit des Verfassers ist vorzugsweise eine historisch-kritische. Interessant ist die Beobachtung, daß Kropf

sich oft in Gegenden mit Nußbäumen findet. Nach Abholzen derselben sah Verf. mehrfach ein Verschwinden des Kretinismus und vermutet einen Kausalnexus.

Kutschera[1]) (9) geht der Wasserätiologie des Kropfes energisch zu Leibe. Seine Gründe sind sehr eindrucksvoll und werden durch schöne Untersuchungen von Dieterle (3) und seinen Mitarbeitern eindrucksvoll gestützt.

Die Versorgung eines Kropffleckens mit einwandfreiem Trinkwasser führt durchaus noch nicht zum Erlöschen der Endemie. Gerade Rupperswil, das seit Birchers Publikationen als Kronzeuge für die Wasserätiologie gilt, ist auch heute noch keineswegs kropffrei. Nicht in der Trinkwasserversorgung liegt der springende Punkt, sondern in der allgemeinen Assanierung der Gemeinden und ihrer Bewohner.

Sehr interessant sind die Tränkungsversuche von Ratten mit verschiedenartigen Wasserproben. An einem Kropforte getränkt, bekommen die Ratten leicht Kropf. Aber es ist gleichgültig, ob sie Wasser dieses Ortes genießen (gekocht oder ungekocht ist ebenfalls irrelevant) oder ob man ihnen Wasser aus kropffreien Orten vorsetzt (z. B. Zürich, Wien). Das Wasser an und für sich hat also nichts mit Kropf zu tun. In einem kropffreien Stall (Zürich) gelang die Kropferzeugung mit Wasser aus kropfverseuchten Orten nicht; später in einigen Fällen, doch war hier Kontaktinfektion sehr wahrscheinlich anzunehmen, da einige Kropfratten im Käfige zugegen waren. Ähnlich gelang es anderen Autoren, zwar Ratten in einem Flecken der Steiermark kropfig zu machen bei Tränkung mit Wiener Leitungswasser, aber niemals umgekehrt.

Schittenhelm und Weichardt (18) weisen ferner darauf hin, daß in Bayern sich Kropf und Kretinismus in Landstrichen finden, die nach der Bircherschen Bodentheorie eigentlich kropffrei sein müßten.

Nach Kutschera (10) kommen Kropf und Kretinismus nicht in Wassergemeinschaften, sondern in Wohnungsgemeinschaften vor. Das Virus lebt nicht im Trinkwasser, sondern wird durch einen Zwischenwirt übertragen. Kropf entsteht durch Kontaktinfektion[2]). Beweis dafür seien die sogenannten Tostenhuben, die von früheren Kropfforschern als verseucht beschrieben worden waren. (Gemeinde Sirnitz in Kärnten.) Eine solche uralte Behausung hatte lange leer gestanden und war dann nach gründlicher Erneuerung wieder bezogen worden — ohne daß die Neuinsassen erkrankten. Eine andere war abgebrannt und wieder aufgebaut worden. Auch in diesem Hause trat kein Kropf mehr auf. Die Trinkwasserverhältnisse hatten sich dagegen in keiner Weise geändert.

Kranz (8) findet bei Kretinen vorzugsweise folgende Zahnanomalien: Verlangsamte Zahnung, Stellungsanomalien, Struktur-

[1]) Siehe Monatsschrift f. Kinderheilk., **12**, Referate, S. 385.
[2]) Vergl. andererseits hierzu Flinker: Monatsschr. f. Kinderheilk., Ref., **11**, S. 788.

fehler (Schmelzdefekte, Hypoplasien, Erosionen), Karies und Kieferanomalien. Versuche, experimentell durch Schilddrüsenexstirpation beim Kaninchen die gleichen Zahnveränderungen zu erzielen, mißlangen. Auch beim Schweine, welches eine dreifache Dentition besitzt, konnte nichts weiteres erreicht werden als eine Riffelung der Zähne — ein Befund, der wenig auf sich hat.

Dagegen wiesen Kaninchen (die sehr zur Regeneration von Zähnen neigen), denen nach der Thyreoidektomie Zähne reseziert worden waren, eine mäßige Verzögerung der Regeneration auf. Thyreoidinfütterung beförderte den Regenerationsprozeß. Auch nach Entfernung der Nebenschilddrüsen war eine Verlangsamung des Zahnersatzes zu beobachten.

Im ganzen ist also bei den Versuchen kaum etwas herausgekommen.

* * *

Der Mongolismus soll in Deutschland zunehmen; zurzeit haben wir zirka 1%, England hat 4 bis 5%, Frankreich 5%, russische Idiotenanstalten zirka 18%, in der Nähe von asiatischen Gegenden sogar 25% (Kowalewski) (7).

Lourié (14) berichtet im Telegrammstil, ohne jedweden Beleg u. dgl. über Stoffwechselversuche an 5 mongoloiden Idioten. Er fand vermehrte P_2O_5-Ausscheidung in Urin und Kot, erhöhte Kalkausfuhr im Kote. Auf eine Erklärung dieses „überaus auffälligen" (?) Befundes wird vom Autor verzichtet.

„Das neue Moment, welches ich in die Therapie eingefügt (sic!) habe," besteht in der Darreichung von Cal. (sic!) phosph. beziehungsweise Cal. (sic!) glyzer. phosph. in Dosen von 0·01 einmal täglich bis zu 0·5, 3—4mal täglich und noch mehr, per os. Nebenwirkungen wurden „niemals beobachtet". „Nur ab und zu" Diarrhöe! Diese Kalktherapie wirkt Wunder! Eine Mutter z. B. „strahlte vor Freude". Sobald das Medikament fortgelassen wurde, hörte in einem Falle jeder Fortschritt der geistigen und körperlichen Entwicklung auf.

* * *

Rich (17) beobachtete bei gewissen Littlekranken mit normal entwickeltem Skelett eine außerordentlich zurückgebliebene Gesamtmuskulatur. Er glaubt an eine Störung der Hypophysensekretion. In einem zur Obduktion gekommenen Falle fehlte die Sella turcica.

Die Untersuchungen Citellis (1) über Beziehungen zwischen Hypophyse und chronischen Nasopharynx- beziehungsweise Keilbeinhöhlenaffektionen werden von seinen Landsleuten sehr gerühmt. Seine anatomischen Studien sollen Gefäßversorgungsbeziehungen zwischen der Rachenmandel und der Hypophysis festgestellt haben. Ferner haben seine histopathologischen Untersuchungen ergeben, daß bei Trägern adenoider Vegetationen mitunter auch hyperplastische Veränderungen der Hypophyse bestanden. Die klinischen Beobachtungen Citellis (1) über sein

„Syndrom" (welches wir in Deutschland längst als alten guten Bekannten geziemend schätzen) sind in folgenden Schlußsätzen zusammengefaßt: „Bei einigen Erkrankungen des Pharynx und der Sinus sphenoidales kann man ein wichtiges psychisches Syndrom beobachten, welches durch Gedächtnisschwäche, Aprosexie, Schläfrigkeit und Benommenheit charakterisiert ist. Dieses Syndrom kann entweder mit einer chirurgischen Behandlung der Pharynxerkrankung oder mit einer Hypophysisbehandlung zur Heilung kommen; die besten Resultate erreicht man jedoch bei gleichzeitiger Anwendung beider Behandlungen. Dieses Syndrom ist demjenigen ähnlich, welches man gelegentlich (! Ref.) bei Hypophysiserkrankungen beobachtet. Es scheint also hypophysären Ursprungs zu sein.

Da es höchstwahrscheinlich ist, daß Erkrankungen des Pharynx und der Sinus sphenoidales Veränderungen der Hypophyse hervorrufen können, ist es angezeigt, bei Erkrankungen der letzteren die Untersuchung des Pharynx nicht zu unterlassen."

Trophoneurosen.

1. **P. Bassoe.*** Hypertrophie der ganzen linken Körperhälfte. Amer. Journ. of Insan., **69**, S. 91.

2. **L. M. de Buy Wenniger.*** Alopecia, verursacht durch Schreck. Ned. Tijdschr. v. Geneesk., **65**, S. 1099.

3. **E. Stier.** Über Hemiatrophie und Hemihypertrophie nebst einigen Bemerkungen über ihre laterale Lokalisation. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk., **44**, S. 21.

Stier (3) stellt aus der Literatur fest, daß die linke Gesichtshälfte doppelt so oft atrophisch wird wie die rechte. Dagegen gilt für die Hemihypertrophie das Umgekehrte. Er beschreibt die Erkrankung eines 11jährigen, neuro- und psychopathischen Mädchens, bei welchem ohne vorausgegangenes Trauma eine linksseitige Atrophie von Gesichtshaut und Knochen einsetzte, während Zunge, Gaumen, Sekretion und Sensibilität normal blieben.

Er schildert ferner drei Fälle von Hemihypertrophie.

1. 12jähriger, etwas schwachsinniger Knabe. Bald nach der Geburt Buphthalmus links. Dann Hypertrophie der ganzen linken Körperhälfte (Weichteile und Knochen). Merkwürdigerweise mit Ausnahme der Zähne.

Speichel, Schweißsekretion, Sensibilität links < rechts.

2. 5jähriger Knabe mit analogen Schädigungen rechts. Sensibilität und Sekretionsverhältnisse normal.

3. 4½ monatiges Kind, zeigte zuerst an der rechten Seite der Zunge, dann am Bein, endlich am Arme abnormes Wachstum.

Bassoe (1) berichtet über einen monströsen Fall von Hemihypertrophie bei einem 16jährigen Jungen. Zahlreiche anderweitige Anomalien: Seborrhöe, Naevi, stellenweise Pigmentmangel. Sella turcica normal.

Brustumfang	links 37·5,	rechts 34·5
Unterarmlänge	links 45·8,	rechts 45
Handlänge	links 18·5,	rechts 16·3
Fußlänge	links 26·3,	rechts 24·7.

Auch die linke Zungenhälfte, das linke Ohr nahmen Anteil an der Hypertrophie.

Schilddrüse kaum palpabel. Penis klein. Hoden im Skrotum.

* * *

1½ Wochen nach einem heftigen Schreck begannen einem jungen Burschen die Haare auszufallen. Nach 3 Monaten war er völlig kahl (De Buy Wenniger) (2).

Psychogene Neurosen und Verwandtes. Funktionelle Krämpfe

(mit Ausschluß von Epilepsie, Spasmophilie).

1. **C. Belling.** A case of Dystonia musculorum progressiva. Journ. of Nerv. and Mental. Dis., **39**, S. 461.

2. **St. Bernstein.** Ein Fall von Torsionskrampf. Wiener klin. Wochenschr., **25**, S. 1567.

3. **Bonhoeffer.** Fall von Torsionsspasmus. Psych. Verein, Berlin, 16. 12. 1912.

4. **G. Brat.*** Funktioneller inspiratorischer Glottiskrampf. Ned. Tijdschr. v. Geneesk., **56**, I, 790.

5. **L. E. Bregman.** Zur Kenntnis der Krampfzustände des jugendlichen Alters. Neurol. Zentralbl., **31**, S. 885.

6. **J. Fränkel.** Dysbasia lordotica progressiva, Dystonia musculorum deformans, Tortipelvis. The Journ. of Nerv. and Ment. Dis., **39**, S. 361.

7. **Goldmann R.*** Ein Fall von akutem Somnambulismus infolge eines periostitisch erkrankten Zahnes. Wiener klin. Wochenschr., **25**, S. 1292.

8. **F. Hamburger.** Über den Mechanismus psychogener Erkrankungen bei Kindern. Wiener klin. Wochenschr., **25**, S. 1773.

9. **Lichtenstern.** Zentrale Blaseninnervation. Wiener klin. Wochenschr., 1912, Nr. 33.

10. **W. Strohmayer.** Kinderhysterie mit schweren Störungen der Lage- und Bewegungsempfindungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., **10**, S. 599.

11. **C. B. Tilanus.*** Hysterischer Schulterblatthochstand. Ned. Tijdschr. v. Geneesk., **56**, I, S. 410.

12. **E. de Vries.*** Ein Fall von Pseudotetanus (Escherich). Ned. Tijdschr. v. Geneesk., **56**, I, S. 1742.

Zum Referate der Arbeit Hamburgers (8): Über den Mechanismus psychogener Erkrankungen (diese Monatsschrift, 12, Referate, 491/492) möchte ich bemerken, daß mir der von Hamburger (8) vorgeschlagene Terminus „psychogener" (alias „bedingter") Reflexe nicht völlig die Pawlowsche Nomenklatur überflüssig macht. Denn die Psyche hat auch auf bestimmte „unbedingte" Reflexe gewissen Einfluß.

Die von Hamburger vorgetragene psychogene Theorie der Enuresis nocturna scheint mir nicht zuzutreffen, wenigstens nicht insoweit, als sie als Basis der Enuresis das Traumleben annimmt. Nach Hamburger soll „kein Mensch daran zweifeln", daß auch Somnambulismus und Pavor nocturnus auf Träumen beruhen, und zwar Pavor nocturnus auf unangenehmen, Somnambulismus auf angenehmen Traumsensationen. Das ist zwar sehr kurz und bündig, aber auch entsprechend unvorsichtig definiert.

Die Empfindungen der schlafwandelnden Lady Macbeth sind gerade keine sehr angenehmen.

Hamburger (8) schildert ferner sehr eingehend „halbwillkürliche" Reflexe.

Fürstenheim hat dieselben bereits vor Jahren beschrieben.

Bezüglich der Enuresis usw. sei an den Aufsatz von Trömner über Schlafstörungen erinnert (referiert Monatsschr. f. Kinderheilk., Referate, **11**, S. 806).

Auch Untersuchungen von Lichtenstern (9) zu dieser Frage sind beachtenswert. Sie lassen den Schluß zu, daß es ein subkortikales selbständiges Blasenzentrum gibt. Hypothalamusreizung bei Katzen führte zu Blasenkontraktionen (über die Nervi erigentes). Die Kontraktion erfolgte auch nach Abtragung beider Großhirnhemisphären.

Goldmann (7) berichtet über das Auftreten somnambuler Zustände bei seiner 6jährigen Tochter. Dieselben traten 10 Wochen nach der Entfernung von Adenoiden auf und verschwanden nach Extraktion eines leicht periostitischen Zahnes.

Brat (4) berichtet über einen 15jährigen Knaben, der neben anderen nervösen Symptomen an Glottiskrampf leidet, welcher im Schlaf sistiert. In der Diskussion wird die funktionelle Natur angezweifelt. Es besteht zugleich alter Hydrozephalus und Reste einer beiderseitigen Stauungspapille.

Bregman (5) berichtet über 3 Fälle jener von Ziehen, Oppenheim, Flatau und Sterling beschriebenen „Torsionsneurose" (Ziehen) oder „Dystrophia musculorum deformans" (Oppenheim) oder „progressiver Torsionsspasmus" (Flatau und Sterling). Alle 3 Kranke waren jüdischer Abstammung. In einem Falle wurde die Förstersche Operation im Bereich der Zervikalwurzeln gemacht, aber ohne Erfolg.

Fränkel (6) sah neben mosaischen auch einen nicht jüdischen Kranken mit Torsionsneurose. Er schlägt, da seine Fälle ganz besonders den Beckengürtel ergriffen hatten, den Namen Tortipelvis vor. Das auffallende Befallensein der Lokomotionsorgane erklärt sich durch die Edingersche Aufbrauchtheorie.

Der Patient Bernsteins mit Torsionskrampf erkrankte im 12. Lebensjahre unter Symptomen von Steifheit und Ungeschicklichkeit der linken Hand. Dann wurden Rumpf und Unterextremitäten befallen. Jetzt besteht das Leiden in voll ausgebildeter Form (siehe Flatau-Sterling, diese Monatsschr., **11**, S. 793) bereits im 26. Jahre. Die Sprache ist dysarthrisch. Der Muskeltonus ist äußerst gesteigert, die Reflexe sind nicht erhöht. Die Intelligenz ist normal. Ein jüngerer Bruder leidet an der gleichen Krankheit.

Bernstein schlägt vor, das Syndrom als Ziehen-Oppenheimsche Krankheit zu bezeichnen.

Bonhoeffer (3) stellte einen 12jährigen Knaben mit Torsionsspasmus vor. Die Krankheit begann allmählich vor 3 Jahren. Intelligenz intakt.

Bei der polnisch-jüdischen Patientin Belings (1) begann die Torsionsneurose im 7. Lebensjahre am rechten Fuße und ent-

wickelte sich dann ähnlich wie es Oppenheim, Flatau und Sterling beschrieben haben.

Im Schlaf sistierten die Spasmen und Torsionen. Eine Abhängigkeit von der Psyche bestand nicht. Suggestion, Hypnose erfolglos. Keine hysterischen Stigmata.

Vries (12) beschreibt einen Pseudotetanus bei einem 14jährigen Knaben. 2 Wochen nach einem Trauma des Hinterhauptes traten Kontrakturen der Kau-, Nacken-, Schulter-, Beinmuskeln auf. 14 Tage lang dauerten alle Erscheinungen intensiv an, dann allmähliche Besserung. Im Anfang auch klonische Krämpfe von 5 bis 15 Minuten währender Dauer, später nur noch Spasmen. Absolute Schmerzlosigkeit der Krämpfe. Unterarme und Hände beiderseits frei. Kein Tetanusphänomen, kein Trousseau, kein Fieber, keine erhöhte reflektorische Erregbarkeit. Keine Sensibilitätsstörungen. Kehlkopf, Zwerchfell, Augen völlig frei.

In der Diskussion zum Vortrag von Tilanus (11) Hysterischer Schulterblatthochstand wird bemerkt, daß möglicherweise Krankheitsprozesse nahe der Schultergegend bestehen, z. B. im Apex pulmon., welche einen Reiz auf die motorischen Nerven ausüben könnten.

Strohmayer (10) publiziert einen Fall von Hysterie eines 9jährigen Mädchens, der geradezu ein Unikum ist.

Bei der Nachricht vom Tode der Mutter verfiel die Patientin in Schreikrämpfe und in einen kataleptischen Zustand. Am nächsten Tage Besserung, Patientin steht auf und klagt über Kreuzweh. Ärztlich auf Rheumatismus und mit Streckverband behandelt. Natürlich wurde dadurch nichts gebessert: es kam wieder zu kataleptiformen Anfällen, Dysbasie, schließlich Astasie-Abasie. Ein Überrumpelungsversuch des Arztes hatte wieder totalen Mißerfolg. Es kam zu kompletter schlaffer Beinlähmung. Aufnahme in eine Klinik. Dort erneute Verschlechterung: rapid sich entwickelnde maximale Kniekontraktur, absolute Gefühllosigkeit der Beine.

Nunmehr Übernahme der Behandlung durch Strohmayer. Lösung der Kontrakturen in Narkose ergab bereits Muskelverkümmerung. Gipsverband. Nach Abnahme desselben (2½ Wochen) trat die alte schlaffe Lähmung der Beine wieder zutage. Der Kopf wackelte haltlos. Beim Aufrichten starke Lordose und Skoliose. Nach mühseliger monatelanger elektrischer und gymnastischer Behandlung Besserung aller Symptome. Bei der Entlassung konnte Patientin wieder gehen, sich selbst anziehen.

Interessant waren die in der Rekonvaleszenz auftretenden Störungen der Lage- und Bewegungsempfindungen aller 4 Extremitäten und der Augenmuskeln, die sich in schwerster Ataxie offenbarten. Bei geschlossenen Augen hatte die Patientin keine Ahnung von der Bewegung, Lage und Stellung ihrer Glieder. Sie konnte mit geschlossenen Augen den Weg zum Munde nicht finden. Auffallend war eine komplette Ataxie der Bulbi.

Die segmentalen Sensibilitätsstörungen gingen schrittweise zurück. Mit den anästhetischen und analgetischen Hautpartien

stimmten objektiv feststellbare Herabsetzungen der Hauttemperatur regionär ganz genau überein. Als die Sensibilitätsanomalien nur noch auf ganz kleine Stellen an den Fußrücken beschränkt waren, waren diese Bezirke deutlich als kühle Inseln der ringsum warmen Haut zu tasten.

Bei der Entlassung bestanden die Störungen im kinästhetischen Empfinden, im stereognostischen Erkennen in noch sehr hochgradigem Maße.

Strohmayer warnt vor der Überrumpelungsmethode. Er hält es ferner für einen Kunstfehler, hysterische Kontrakturen ungeheilt zu lassen.

Epilepsie. Spasmophilie und Verwandtes.

1. **Anton.*** Balkenstich bei Epilepsie. 18. Vers. Mitteldeutscher Psych. u. Neurol., Halle, 1912.

2. **R. Allers.** Zur Theorie der postepileptischen Albuminurie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., **8**, S. 361.

3. **O. Binswanger.** Die klinische Stellung der sogenannten genuinen Epilepsie. Referat erstattet auf der VI. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte, Hamburg 1912.

4. **Blümcke.** Krämpfe im Kindesalter, ihre Bedeutung und ihr ursächlicher Zusammenhang mit dem jugendlichen Schwachsinn. Zeitschr. f. d. Beh. Schwachs., **32**, S. 241.

5. **E. F. Buzzard.*** The early diagnosis and treatment of epilepsy. Lancet, 1912, S. 1401.

6. **P. Clarke.*** The curability of idiopathic epilepsy. Arch. of int. Med., I, 1912.

7. **H. Curschmann.** Über zerebrale Symptome der Tetanie und die Kalziumtherapie. Vortrag auf der VI. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte. Hamburg 1912.

8. **F. X. Dercum.*** The medical treatment of epilepsy. Therap. Gaz., **36**, S. 157.

9. **Dorner.** Über den Status epilepticus und seine Bekämpfung mit hohen Dosen von Atropin sulf. Allg. Zeitschr. f. Psych., **69**, S. 6[illegible].

10. **A. Devaux.*** Traitement de l'epilepsie par l'acide borique. Annal. méd.-psychol., **70**, S. 301.

11. **de Fleury.*** Note sur la genèse et sur le traitement de l'épilepsie commune. Bull. de l'Acad. d. Méd., **76**, S. 289.

12. **A. Fränkel.** Beachtenswerter Fall der „Spasmosan"-Behandlung bei einem jüngeren Kinde. Allg. med. Zentralzeit., 1912, Nr. 47.

13. **Heilig G.** und **G. Steiner.** Zur Kenntnis der Entstehungsbedingungen der genuinen Epilepsie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., **9**, S. 633.

14. **P. Jödicke.** Simulation von epileptischen Anfällen durch einen jugendlichen Psychopathen. Monatschr. f. Kriminalpsych. u. Strafr. **1**, S. 46.

15. **Marie** und **Nachmann.*** Influences athmosphériques et principalement des différences de pression barométrique sur les crises d'un épileptique. Compt. rend. d. l. soc. d. Biol., **73**, S. 12.

16. **Mayo Ch.** und **Bernard F. Mac Grath.** Parathyreoids and their surgical relation to goitre. Ann. of surg., **55**, S. 185.

17. **M. Meier.** Psychische Wirkungen von Brom und Chlor. Epilepsia, **3**, S. 1 u. 103.

18. **G. Peritz.** Die Spasmophilie der Erwachsenen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref., **6**, S. 177.

19. **H. Pfeiffer** und **O. Albrecht.** Zur Kenntnis der Harntoxizität des Menschen bei verschiedenen Krankheitszuständen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., **9**, S. 409.

20. **Petit.*** Epilepsie tardive et troubles mentaux consécutifs à un violent traumatisme cranien. Nouv. Iconogr. d. l. Salp., **25**, S. 384.
21. **E. Redlich.** Die klinische Stellung der sogenannten genuinen Epilepsie. Referat, erstattet der VI. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte, 1912.
22. **E. Redlich.** Nochmals Epilepsie und Linkshändigkeit. Epilepsia, **6**, S. 250.
23. **O. Rehm.** Ernährungsversuche mit vegetarischer Kost an idiotischen Kindern. Beitrag zur Kenntnis der Größe und des Gewichtes geisteskranker Kinder. Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinnes, **6**, S. 45.
24. **W. Shanahan.*** The medical treatment of epilepsy. Ther. Gaz., **36**, S. 165.
25. **E. Stransky.** Zur Kenntnis der Epilepsie mit Herderscheinungen. Epilepsia, **3**, S. 140.
26. **Stallmann.** Über affektepileptische Anfälle bei Psychopathen. Allg. Zeitschr. f. Psych., **68**, 799.
27. **C. Tsiminakis, A. Zografides.** Zur Ätiologie und Therapie der Epilepsie. Wiener klin. Wochenschr., **25**, S, 1486.
28. **Volland.** Beiträge zur Kasuistik der unsteten affektepileptischen Psycho- und Neuropathen (Bratz) und psychasthenischen Krämpfe. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., **8**, S. 522.
29. **L. W. Weber.** Die Epilepsie als klinischer Krankheitsbegriff. Münchener med. Wochenschr., **59**, S. 1699.
30. **J. Zappert.** Zur Prognose der Epilepsie im Kindesalter. Med. Klin., **8**, S. 229.

Blümckes (4) geschickt abgefaßter Vortrag über Krämpfe im Kindesalter und ihre Bedeutung für den jugendlichen Schwachsinn (3. Konferenz des Vereins für Erziehung, Unterricht und Pflege Geistesschwacher, Bielefeld-Bethel, September 1912) berührt vielfach pädiatrisches Gebiet und zeugt von guten Kenntnissen dieser Disziplin.

Weber (29) führt aus, daß die auf angeborener Anlage allein beruhende (genuine Epilepsie) sich nicht unterscheide von der infolge erworbener Schädlichkeiten auftretenden. Die echte Epilepsie ist die Frühepilepsie, sie entsteht vor dem vierten Lebensdezennium. Sonderformen sind unter anderem Reflexepilepsie, Magendarmepilepsie, Hysteroepilepsie. Diese zeigen die gleichen Symptome und Ausgänge wie die echte Epilepsie, wenn bestimmte ätiologische, Anfälle auslösende Ursachen vorhanden sind. Die echte Epilepsie ist ein einheitlicher zentraler Krankheitsbegriff: einheitlich in bezug auf Symptome und Verlauf. Sie ist gekennzeichnet durch periodische Bewußtseinsanfälle mit Bewußtseinsveränderung, die nach langer Krankheitsdauer zu Charakterveränderung und Verblödung führt. Die Ätiologie der echten Epilepsie ist, wie schon erwähnt, nicht einheitlich, sie wurzelt sie in angeborener Anlage, teils in erworbenen Erkrankungen (Hirnerkrankungen, chronische Vergiftungen, Stoffwechselleiden).

Fälle mit vereinzelten epileptischen Symptomen, irregulären Anfällen usw. gehören der symptomatischen Epilepsie an. Hierbei braucht man zur Diagnose nicht den substanziierten topischen Befund; es genügt schon, daß nur dies und jenes Symptom am Bilde echter Epilepsie fehlt, daß es auch bei Chronizität nicht zum epileptischen

Charakter usw. kommt. Es können also sowohl bei echter wie bei symptomatischer Epilepsie die gleichen Ursachen vorhanden sein.

Die symptomatische Epilepsie des Kindesalters kann später in die echte Form übergehen. Dagegen bleibt die sogenannte Spätepilepsie immer symptomatisch. Auch die kortikale sogenannte Jacksonsche Epilepsie ist keine echte Epilepsie, sondern bleibt stets eine symptomatische.

* * *

Der Fall Petits (20) spricht nicht dafür, daß die Spätepilepsie nie eine echte genuine ist (Weber). Trauma im 12. Lebensjahre, 8 Jahre später erster Anfall, mit 35 Jahren epileptische Charakterveränderung.

Für Redlich (21) ist die genuine Epilepsie eine „sogenannte"; sie ist weder anatomisch, noch ätiologisch, noch klinisch präzisierbar. Man läßt den Begriff genuine, idiopathische oder essentielle Epilepsie am besten fallen.

Die früher für die Ätiologie der genuinen Epilepsie hochbewertete Heredität ist im Kurse gesunken. Die Epilepsie gehört nicht zu den direkten Erbkrankheiten, es wird höchstens die Disposition zur Epilepsie vererbt, der Boden, auf dem andere Schädlichkeiten dann erst wirklich epilepsieauslösend wirken können. Eine Keimschädigung durch Alkoholismus in der Aszendenz als Ursache der Epilepsie ist nicht zu bestreiten, aber wohl nur bei einem geringen Prozentsatz vorhanden.

Die Rolle exogener Schädlichkeiten ist außerordentlich bedeutungsvoll durch die zahlreichen Wirkungsmöglichkeiten. Dies sind unter anderem akute Infektionen, chronische Infektionen (besonders Lues), Gifte (unter ihnen dominiert der Alkohol), Traumatismen. Sie können beim disponierten Individuum die Epilepsie manifest machen, doch ist die Disposition keineswegs unentbehrlich, sie können auch ohne dieselbe die Krankheit direkt bedingen. Und endlich vermögen sie beim Epileptiker symptomatische Anfälle auszulösen.

Pubertät und Menstruation sind lediglich auslösende Momente. Ferner ist den Drüsen mit innerer Sekretion eine heute noch schwer zu präzisierende Wirksamkeit bei der Auslösung epileptischer Anfälle zuzuschreiben (Basedow, Tetanie). Namentlich bei Tetanie sind epileptische Anfälle nicht selten.

Auch die Abgrenzung der echten Epilepsie aus dem klinischen Bilde ist nicht durchführbar. Die Anfälle bei organischer Epilepsie können oft einfach in keiner Weise von genuin epileptischen unterschieden werden. Auch bei der echten Epilepsie kommen partielle Krämpfe vor (partielle Statuskrämpfe, Status hemiepilepticus). Und universelle chronische Krämpfe finden sich auch bei organischer Epilepsie z. B. Tumor cerebri, Cysticercus. Auch bei der echten Epilepsie finden sich ferner gar nicht so selten Lähmungserscheinungen nach Anfällen (Erschöpfungslähmungen nach gehäuften Anfällen, nach einem Status epil.) Man findet dann Reflexanomalien, Babinski,

(Fußklonus! Ref.) Aus den Erschöpfungslähmungen können sich schließlich dauernde leichte Ausfallerscheinungen entwickeln. Derartige Erscheinungen müssen Rindenschädigungen zur Grundlage haben, man darf dann also nicht mehr von genuiner Epilepsie sprechen.

Bei der zerebralen Kinderlähmung können die Anfälle oft völlig denen genuiner klassischer Epilepsie gleichen.

Die anatomischen Veränderungen, welche wir heute bei der genuinen Epilepsie bereits kennen (Ammonshornsklerose, meningeale Prozesse, Rindengliose, akute diffuse und umschriebene Veränderungen u. a. m.) berechtigen zu dem Satze: „Wir haben heute schon eine, wenn auch vielleicht noch nicht die pathologische Anatomie der Epilepsie."

Die von anderen Forschern so hoch bewertete epileptische Charakterveränderung und Demenz können bei ganz unzweifelhaft echter Epilepsie ausbleiben, finden sich aber (siehe Weber!) bei organischer Epilepsie z. B. seit langem bestehender zerebraler Kinderlähmung und ähnlichem, oft genug.

Gegenüber der klassischen Epilepsie (einer chronischen Erkrankung) steht die akute Epilepsie (psychasthenische Krämpfe, Affektepilepsie, Reflexepilepsie). Beide haben wenig Berührungspunkte gemeinsam. Immerhin ist nicht ausgeschlossen, daß aus solchen singulären Anfällen sich später eine chronische Epilepsie entwickelt.

Redlich lehnt nach alledem die sogenannte genuine Epilepsie ab. Er nimmt eine „epileptische Reaktionsfähigkeit des Gehirnes" als Basis an. Diese kann angeboren sein, kann durch organische Läsionen bedingt sein. Die ätiologischen Faktoren wirken durch die Hirnveränderungen, die sie setzen, andererseits schaffen epileptische Anfälle eine Disposition für weitere Anfälle, kraft der histologischen Schädigungen, die sie gesetzt haben. Die Frage nach der Pathogenese des epileptischen Anfalles (vaskuläre Vorgänge, psychische Faktoren, erhöhter Liquordruck u. a. m.) ist heute noch völlig ungeklärt.

Es ist also vor allen Dingen zwischen chronischer Epilepsie, akuter Epilepsie und den Fällen mit vereinzelten epileptischen Anfällen zu unterscheiden. Letztere sind heterogenster Natur und Bedeutung, die Möglichkeit des Überganges in chronische Epilepsie ist teilweise vorhanden.

Binswanger (3) tritt den radikalen Ansichten Redlichs nicht bei. Eine Berechtigung, die Epilepsie als funktionelle Neurose abzulehnen und nunmehr den organischen Hirnleiden zuzuzählen, besteht noch nicht. Wenn Alzheimer nachgewiesen hat, daß in nicht ganz der Hälfte aller Fälle von genuiner Epilepsie histopathologische Befunde erhoben werden können, die Alzheimersche Gliose, so muß daran erinnert werden, daß dieselbe einen sekundären reparatorischen Prozeß darstellt. Der Untergang von Rindengewebe ist durch die noch unbekannten Zerfallvorgänge veranlaßt, die im Gefolge der epileptischen Insulte auftreten und in den Abbauprodukten der funktionstragenden nervösen Substanz sich offenbaren.

Zur organischen Epilepsie gehören also nach Binswanger die Fälle von genuiner Epilepsie mit sekundärer Gliose keineswegs. Organisch bedingte Epilepsie liegt vor bei der großen Gruppe der Entwicklungshemmungen (Sklerose, pränatale und postnatale entzündlich-degenerative Prozesse, akute infektiöse Enzephalitis), ferner gehört hierher die toxische, traumatische, syphilitische, arteriosklerotische Epilepsie. Hierher gehören auch jene symptomatischen Epilepsien bei Geschwülsten (Karzinom, Tuberkulose, Fibroiden, Echinokokken.)

Schließlich gibt es eine konstitutionelle Gruppe, bei der die Epilepsie auf dem Boden ererbter, angeborener (Keimschädigungen, intrauterine Erkrankungen) oder in der frühesten Kindheit erworbener Prädisposition endogen ohne äußere Ursache entsteht. Man hat bei der genuinen Epilepsie mikroskopische Hirnhypoplasien nachgewiesen. Es ist der Schluß erlaubt, daß auch bei den konstitutionellen Formen feinere morphologische Entwicklungshemmungen von Bedeutung sind. Die bei genuinen Epileptikern so häufig gefundene Ammonshornsklerose (Meynert) gehört wahrscheinlich zu den primär hypoplastischen Prozessen.

Von der echten Epilepsie abzugrenzen, weil nicht zu ihr gehörig, sind folgende epilepsieähnliche Zustände: Affektepilepsie, Narkolepsie, psychasthenische Krämpfe, ferner die gehäuften kleinen Anfälle (Heilbronner).

Es bleibt somit eine Gruppe übrig von dunkler, unklarer Ätiologie, die sogenannte genuine oder dynamische Form. Es wird angenommen, daß die „epileptische Veränderung" auf einer Störung des dynamischen Gleichgewichtes im Zentralnervensystem beruht. Die epileptischen Paroxysmen müssen als Entladungsvorgänge dieser Spannungsdifferenzen angesehen werden. Diese dynamischen Störungen sind der epileptischen Erkrankung eigentümlich, ihre Ursache ist unbekannt, kann aber in den heterogensten, zumeist chronisch wirksamen Schädigungen gelegen sein. Und so resultiert trotz verschiedenster Ursachen und Variationen in klinischer Äußerung schließlich ein Krankheitsbild, das durch das gemeinsame Band der Paroxysmen zusammengehalten wird und als klinische Einheit angesprochen werden kann.

Die Anhänger der anatomisch-ätiologischen Richtung halten den epileptischen Krankheitsprozeß für einen chronischen, oblig progredienten Prozeß; für sie ist der einzelne Anfall und seine Symptome weniger wichtig als der intervallär bestehende anatomische Prozeß. Binswanger weist darauf hin, daß durchaus nicht alle Epilepsien progredient sind, daß es alte Epileptiker mit völlig intakter Intelligenz gibt, daß es geheilte Epileptiker gibt. „Demnach kann man nur den epileptisch-konvulsivischen Paroxysmus in den Vordergrund stellen und die klinisch-symptomatologische Richtung ordnet daher der Epilepsie alle jene Fälle ein, bei denen in irgend einer Periode des Lebens ‚echte' epileptische Anfälle vorhanden gewesen sind."

* * *

Überblickt man die Referate beider Forscher, so hat die Binswangersche Auffassung für den Arzt unleugbar sympathischere Seiten als die des Korreferenten. Die histologischen Studien im Mikroskopierzimmer haben für den Arzt weniger Bedeutung als die klinisch-symptomatologische Forschung. Es wäre zurzeit wichtiger, die Kenntnis der pseudoepileptischen Zustände zu fördern.

Ein Forscher vom Range Oppenheims hält am Begriffe der genuinen Epilepsie fest. „Es gibt eine Gruppe, für die nicht ohneweiters feinere anatomische Veränderungen angenommen werden können, bei der innige Beziehungen zu der neuro-psychopathischen Diathese bestehen." Oppenheim weist ferner darauf hin, daß in der Positivität der anatomischen Richtung eine Gefahr liegt, nämlich die der Überschätzung chirurgischer Intervention.

* * *

Weniger über die „Entstehungsbedingungen" genuiner Epilepsie als vielmehr über ihre Koinzidenz mit Linkshändigkeit belehrt der Aufsatz von Heilig und Steiner (13). Die Autoren stellten an 567 Soldaten, zur Hälfte Linkser und Rechtser, Erhebungen über das Vorkommen von Epilepsie in ihren Familien an. Es zeigte sich nun unter den Linksfamilien 4·1% genuine Epilepsie, bei den Rechtsfamilien 0%. Durch theoretisierende Berechnung der wahrscheinlichen Mitgliedergesamtzahl in den Linkssippen kommen sie zu der Behauptung: „Die aus Linkshänderfamilien stammenden genuinepileptischen Erkrankungen reichen aus, um überhaupt alle vorhandenen derartigen Erkrankungen in sich zu fassen." Linkshändigkeit, Sprachstörungen und Epilepsie bilden zusammen eine Trias. Die Prädilektion von Epilepsie und Sprachstörungen (Stottern, Stammeln, Lispeln usw.) für Linksfamilien beruht nicht auf einer generellen Minderwertigkeit dieser Individuen an sich. Denn anderweitige Erkrankungen (psychische und nervöse, also mit Ausschluß von Epilepsie und Sprachstörungen) finden sich ebenso oft in Linksfamilien wie in Rechtsfamilien. Die Untersuchungen lassen also die Epilepsie als eine Krankheit erscheinen, die auf dem Boden einer familiären Anlage erwächst, oder, wie die Autoren in noch extremerer Fassung sagen, „die genuine Epilepsie scheint ausschließlich nur in Linkshänderfamilien vorzukommen". Zur Stütze der Diagnose Epilepsie wird man im Zweifelsfalle nach Linksfamiliarität fahnden müssen.

Nach Redlich (22) ist familiäre Linkshändigkeit ein Degenerationszeichen und demgemäß sei es nicht verwunderlich, wenn Epilepsie häufiger bei Linksfamiliären als bei Normalen sich vorfindet. Singuläre Linkshändigkeit kann andererseits durch einen oft leichtesten pathologischen Prozeß der linken Hemisphäre bedingt sein.

Zappert (30) weist in einer kleinen, sehr lesenswerten Abhandlung darauf hin, daß man die Epilepsieprognose im Kindesalter nicht absolut ungünstig stellen soll. Es kommen Fälle vor, und Zappert führt Beispiele dafür an, die als höchstwahrschein-

lich geheilt (ein- bis mehrjähriges Pausieren der Anfälle, keine epileptische Charakteränderung) gelten dürfen. Und zwar oft genug ohne jede Therapie. Man sollte daher, wie Zappert ausführt, zunächst nur „epileptiforme Anfälle", aber nicht „Epilepsie" diagnostizieren.

Diese Behauptung entbehrt nicht der Berechtigung, denn zur echten Epilepsie — im psychiatrischen Sinne — gehört die nach einer gewissen Chronizität auftretende Charakteränderung und Demenz. Diese Sekundärfolgen können wir aber nie voraussehen. In einer gar nicht so kleinen Anzahl von Fällen mit anscheinend klassischen Anfällen bleiben sie aus. Und in einem allerdings minimalen Prozentsatz erlöschen selbst die Anfälle. Kasuistische Beiträge hierzu wären sehr erwünscht. Bis jetzt bilden diese Fälle Raritäten. Und auch hier bleibt immer noch die zweifelnde Frage offen: Waren es wirklich epileptische Anfälle?

Buzzard (5) legt allergrößten Wert auf Frühdiagnose der Epilepsie. Beklemmungen, abnorme Sensationen, vom Magen aszendierend, sind wertvolle (? Ref.!) Initialerscheinungen, die meist verkannt werden. Krämpfe jenseits des 18. Monats sind „fast immer" epileptische (? Ref.).

Zwischen genuiner Epilepsie und Herdepilepsie bestehen nach Stransky (25) Beziehungen. Er sah bei einem Falle genuiner Epilepsie nach jahrelangem Bestehen Halbseitensymptome so grober Art auftreten, daß ein anatomisches Substrat unabweislich ist.

Pfeiffer und Albrecht (19) fanden, daß der Harn bei Epilepsie unmittelbar vor dem Anfalle ungiftig ist. Nach dem Anfalle schnellt die Toxizität rapid an und hält sich tagelang auf dieser Höhe. Auch bei Dementia praecox besteht gesteigerte Harngiftigkeit. Bei Paranoia, Manie, Tabes, intrakraniellem Bluterguß war dagegen keine Toxizität festzustellen.

Nach Allers (2) enthält der Harn, der unmittelbar nach dem epileptischen oder epileptiformen Anfall entleert wird, überwiegend oft Eiweiß.

Erklären läßt sich diese postparoxysmale Albuminurie durch die Annahme einer Säureschädigung der Niere im Sinne M. H. Fischers. Bei der Epilepsie haben die Anfälle eine Azidose im Gefolge. Die abnorme, in den Harn übergehende Säuremenge schädigt die Nierenepithelien.

Adenoide Vegetationen lösen nach Tsiminakis und Zografides (29) zunächst Reflexepilepsie aus; diese geht dann in echte über. Nach Entfernung von Gaumen- und Rachentonsillen erreichen die Autoren bei gewissen Kranken ein Aufhören oder eine Verminderung der epileptischen Anfälle (und eine Steigerung ihres ärztlichen Einkommens).

Die medikamentöse Behandlung der Epilepsie ist nach Shanahan (24) wenig befriedigend. Er hatte noch nicht 2% Heilungen.

Dercum (8) empfiehlt Brom und kochsalzarme Diät.

de Fleury (11) läßt seine Epileptiker bei streng vegetabilischer Kost (keine Eier, keine Milch) mehrere Monate hindurch sich kasteien und große, viel Zucker enthaltende Flüssigkeitsmengen mit Milch-

säurefermenten vertilgen. Wenn sich deutliche Erfolge zeigen, wird Fleisch gestattet, aber immer wieder eine vegetabilische Woche eingeschaltet. Da die Diättherapie (die nichts Neues darstellt!) nur gegen die auslösenden Ursachen gerichtet ist, muß auch noch der epileptische Reizzustand des Hirns durch mäßige Bromdosen bekämpft werden.

Devaux (10) behandelt die Epilepsie mit Borsäure, 3 bis 8 g in wässeriger Lösung. Die Anzahl der Anfälle soll erheblich herabgesetzt werden.

Clarke (6) will die Heilung zahlreicher Fälle von kindlicher genuiner Epilepsie durch rein hygienische Momente: Regelung der Diät, der Beschäftigung, Erholung des Geistes, Erziehung in geeignetem Milieu, Verwerfung medikamentöser Behandlung erreichen.

Von Alt wurde seinerzeit die anfallsteigernde Wirkung der Fleischkost durch Versuche an erwachsenen Epileptikern sichergestellt. Rehm (23) machte analoge Versuche an schwachsinnigen, epileptischen Kindern. Es ergab sich, daß vegetarische Kost bei Kindern keinen ersichtlichen Einfluß auf die Zahl epileptischer Anfälle hatte.

Rehm glaubt ferner, daß das vegetarische Regime durch Regelung der Verdauung eine erleichterte Durchführung der Reinlichkeit ermöglicht.

Marie und Nachmann (15) sahen bei einem Epileptiker die Anfälle sistieren — trotz Aufhörens der gewohnten Brommedikation — als er eine Reise ins Hochgebirge machte. Nach der Rückkehr stellten sich auch die Anfälle wieder ein. 1 Jahr später beobachteten sie das gleiche und glauben den niedrigeren Luftdruck im Hochgebirge verantwortlich machen zu müssen.

Man hat der Brombehandlung Schädigung intellektueller Leistungen vorgeworfen, besonders einseitige Störungen der Apperzeption und Reproduktion. Meier (17) konnte dagegen einen derartig elektiven Einfluß des Broms auf die Psyche nicht bestätigen.

Fränkel (12) berichtet über das epileptische (oder epileptiform kranke) Kind eines Arztes, welches nach fast 3jährigem Bestande der Krampfanfälle in kürzester Frist durch ein Brom-Baldrian-Präparat geheilt wurde.

Bei dem Kinde traten im achten Monat Masern mit hohem Fieber auf, und es zeigten sich einseitige Krämpfe, von denen gewöhnlich Kopf und Arm, dann erst das Bein ergriffen wurde. Im ersten Jahre wiederholten sie sich ziemlich regelmäßig alle zwei Monate, 1 oder 2 Tage lang, im zweiten Jahre alle 6 Wochen, im dritten noch viel häufiger. In der Form wichen sie jetzt ab, da nunmehr der ganze Körper befallen wurde. Im vierten Jahre traten die Krämpfe fast alle 1 bis 2 Tage auf, bisweilen 10- bis 12mal am Tage. Die Pupillarreflexe waren im Anfalle oft aufgehoben, aber nicht immer. Es bestand Zyanose. Das Bewußtsein fehlte anscheinend, Zungenbiß trat nie ein.

Frühzeitig zeigten sich neuropathische Symptome. Im übrigen entwickelte der Knabe sich geistig und körperlich gut.

Therapeutisch wurde so ziemlich alles versucht ohne jeden Erfolg. Schließlich verfiel Fränkel auf das Spasmosan, eine Mischung von Bromnatrium, glyzerinphosphorsaurem Natrium, Sagrada und

Eisen in alkoholfreiem Baldrianauszug. Zunächst 8 Tage lang 3mal täglich einen Teelöffel. Die Krämpfe ließen sofort an Intensität nach. Nach weiteren 8 Tagen 3mal täglich 10 g Spasmosan. Der Erfolg war ein eklatanter. Die Krämpfe schwanden ganz und sind bei dieser Dosis nie wieder aufgetreten.

Die Heilung erstreckt sich jetzt auf $^3/_4$ Jahre.

Solche plötzliche Heilungen sind in der Literatur wohlbekannt. Immerhin sind sie selten. Das „Spasmosan" selbst ist sicher unschuldig an der Wunderkur.

Das Atropin vereinigt drei wertvolle Eigenschaften: es narkotisiert, tonisiert das Herz und regt die Darmperistaltik an.

Dorner (9) verabreicht es bis zu 3 mg 3mal täglich, bei ganz schweren Fällen von Status epilepticus bis zu 6 mg mehrmals. Man kann unbeschadet die Maximaldosis überschreiten. Die Intensität der Krampfattacken wird abgeschwächt, mitunter gelingt auch die Coupierung.

Die weitgehende Ablehnung aller anderen Narkotika durch den Verfasser scheint einseitig. Dormiolklysmen z. B., in dreisten, wiederholten Gaben, sind beim Kind ein vorzügliches Narkotikum.

Dorner hatte unter 11 Fällen von Status epilepticus 4 Todesfälle. Ich habe im letzten Jahre 6mal Status epilept. mit Dormiolklysmen behandelt ohne einen Mißerfolg.

Anton (1) stellte auf der 18. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen ein 10jähriges Mädchen vor, welches seit Geburt epileptisch gewesen war. Wegen starker Progredienz des Leidens Balkenstich. Seitdem kein Anfall mehr. Besserung der psychischen Symptome. (Möglicherweise lag Hypertrophia cerebri vor: Schädel stellenweise rarefiziert, erhöhter Liquordruck.)

* * *

Die Kranken Vollands (28) — meist Erwachsene — waren allesamt mehr oder minder neuropathisch belastet, die Unstetheit und moralische Minderwertigkeit fand sich teilweise bereits bei den Müttern der Kranken vor. Die affektepileptischen (Bonhoeffer schlägt das noch weniger glückliche Wort: reaktivepileptische vor) Anfälle äußerten sich als Grand mal, Ohnmachten, Schlafzustände, psychische Äquivalente (Verwirrtheit, Verstimmung, Poriomanie, Wutanfälle) und traten gelegentlich in serienweiser, bedenklich an den Status epilepticus erinnernder Häufigkeit auf. Immer wieder bestätigte sich die Abhängigkeit von äußeren Einwirkungen. Niemals führte der Krankheitsprozeß zur Demenz. In geeigneter Umgebung verloren sich die Anfälle auf kürzere oder längere Zeit. Mit der Hysterie haben die Anfälle nichts weiter gemeinsam als die Psychogenie; sonst fehlen hysterische Erscheinungen durchaus. Natürlich stehen die Neuropsychopathen mit affektepileptischen Anfällen den Hysterischen näher als den Epileptischen.

Die Anfälle können nur ein- bis zweimal im Leben auftreten oder sich zu gewissen Zeiten, so im frühen Kindesalter, in der Pubertät jahrelang häufen und dann wieder verschwinden. Als auslösende, „affizierende" Ursachen waren in erster Linie seelische Erregungen, dann körperliche Ursachen (Infektionskrankheiten, Überanstrengungen, Hitze, Alkohol, bei Kindern: Anämie, Autointoxikationen) festzustellen.

Stallmann (26) beschreibt pseudoepileptische Anfälle im Sinne von Bratz bei Neuropathen. Immer erfolgten diese affektepileptischen Attacken episodisch auf äußere Reize hin. Eine Rückwirkung auf die psychischen Leistungen fehlte.

Curschmann (7) schildert einen Fall von Infantilismus mäßigen Grades, der seit frühester Kindheit bulbäre Symptome darbot. Seit der Schulzeit begannen Tetanieanfälle einzusetzen — jetzt permanent vorhanden — und die bulbären Störungen zuzunehmen. Leichte Ataxie der Hände, erheblichere des Ganges. Fazialisphänomen, Trousseau positiv. Galvanisch übererregbar. Sedativa und Narkotika ohne Erfolg. Auf Calc. lact. ($^{10}/_{200}$ 2- bis 3mal täglich 1 Kaffeelöffel), Verschwinden der Anfälle, des Chvostek und Trousseau, Abnahme der Übererregbarkeit. Unter dauernder Kalkdarreichung blieben die Anfälle fast 1 Jahr aus. Auf psychischen Insult Rezidiv; nach 2 Tagen unter höheren Kalkgaben wieder normal, seitdem tetaniefrei. Alle Überempfindlichkeitserscheinungen negativ. Auffallende Gewichtszunahmen.

Weiterhin berichtet Curschmann über Behandlung von Tetanie und Epilepsia vera mit hohen Kalkdosen. Die Tetanie blieb ziemlich unbeeinflußt, die Epilepsie dagegen war mit einem Schlage dauernd beseitigt. Die Epilepsie der Tetanischen kann also ein Produkt der Unterfunktion der Epithelkörperchen sein (? Ref.).

Curschmann glaubt auf Grund eigener Beobachtungen (2 Fälle! Ref.), entgegen Thiemich, daß die Spasmophilie „in Form latenter Dauerschädigung echte Epilepsie auslösen kann". Heilung durch Brom und Calc. lact.

Solche Fälle seien wahrscheinlich öfter, als man jetzt annehme. Man soll bei allen jugendlichen Epileptikern auf Spasmophilie fahnden und energisch mit Kalk behandeln, man kann dann nicht wenige bisher prognostisch infauste Epilepsien des Jugendalters wahrscheinlich heilen.

* * *

Spasmophilie der Erwachsenen benennt Peritz (18) „eine spasmophile Disposition, der gewisse Tetaniesymptome, wie elektrische Übererregbarkeit und das Chvosteksche Symptom eigen sind". Er fahndete auf eine spezifische anodische Übererregbarkeit und ging zu diesem Zwecke derart vor — mangels brauchbarer verläßlicher Grundlagen beim Erwachsenen —, daß er untersuchte, ob

bei Menschen mit stärkerer anodischer Erregbarkeit sich andere krankhafte Symptome vorfinden. Bei 500 Personen wurde nun eine Breite der A. Ö. Z. von 1 bis 9 M. A. gefunden. Als obere Grenze der anodischen Übererregbarkeit wurden in Anlehnung an v. Pirquet 3 M. A. angenommen und demgemäß 22% anodisch Übererregbare gezählt. Bei ihnen fand sich auch häufig kathodische Übererregbarkeit. In 80% bestand zugleich mechanische Übererregbarkeit. 10% wiesen Fazialisphänomen ohne galvanische Übererregbarkeit auf. Auffallend oft sah Peritz ferner das Phänomen des idiomuskulären Wulstes und in 11% Dellenbildung. Außer diesen bekannten neuromuskulären Symptomen beschreibt Peritz noch einige bisher nicht geschilderte Erscheinungen. Zunächst eine Hypertonie der Arterien, wahrscheinlich identisch mit der juvenilen Sklerose bei vasomotorisch Erregbaren. Zweitens: Häufiges und stark ausgeprägtes Aschnersches Symptom (Verlangsamung des Pulses und Sinken des Blutdruckes bei Druck auf einen Bulbus). Drittens: Gesteigerte Monozytose, namentlich in Form der von Pappenheim als Leukoblasten bezeichneten Zellen. (Bei der manifesten Kindertetanie kommen diese Leukoblasten nach Peritz auch in vermehrter Anzahl vor.)

Die spasmophile Konstitution findet sich vornehmlich bei Psychopathen, die an Angstzuständen und Depression leiden. Dazu auf somatischem Gebiet Erscheinungen wie spastische Obstipation, Asthma, Tic, Myalgien, Dermalgien.

Auch unter den Epileptikern finden sich derart spasmophile Personen, doch fehlen hier noch genauere Untersuchungen.

In der Diskussion betont Mann (Breslau), der bekannte Mitarbeiter Thiemichs am Tetanieproblem, daß die K. Ö. Z. das beste Maß der Spasmophilie sei. Im übrigen akzeptiert er die Peritzschen Beobachtungen und Folgerungen. Auch Curschmann tritt ein für die Persistenz spasmophiler Erscheinungen bis in das spätere Alter.

* * *

Der Kranke Joedickes verstand epileptische Anfälle so geschickt nachzuahmen, daß selbst Ärzte getäuscht wurden. Beobachtung der Pupillenreaktion war entscheidend für die Entlarvung.

* * *

Mayo sah nur einmal unter 3203 Schilddrüsenoperationen Tetanie — infolge eines technischen Fehlers bei der Operation — auftreten. Sie schwand unter Darreichung von Kalziumlaktat und Schilddrüsenextrakt schnell. Bei der experimentellen Tetanie (durch Exstirpation der Parathyreoideae) beseitigen intravenöse Injektionen von Kalkazetat oder -Laktat (5%) sofort alle Symptome. Langsamer wirken subkutane oder orale Darreichung.

Psychologie und allgemeine Psychopathologie.

Ermüdungsforschung.

1. **H. Hennes.** Über krankhafte Ermüdung im Kindesalter, ein Beitrag zur Prophylaxe der Geisteskrankheiten. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., **8**, S. 284.
2. **Konrich.** Zur Frage der Ermüdungsmessung und der Wirksamkeit des Weichardtschen Kenotoxins. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, **25**, S. 148.
3. **Lorentz.** Zur Frage der Schulermüdung. Ebenda, **25**, S. 749.
4. **Fr. Lorentz.** Die Erforschung der Schülerermüdung nach der Weichardtschen Methode. Zeitschr. f. päd. Psychol. u. exper. Päd., **13**, S. 472.
5. **Marx Lobsien.** Über den Einfluß des Antikenotoxins auf die Hauptkomponenten der Arbeitskurve. Zeitschr. f. Kinderforsch., **17**, S. 145.
6. **W. A. Lay.** Über das Morgen- und Abendlernen. Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinnes, **5**, S. 283.

Lorentz (3) prüfte die Leistungen im Rechnen vor und nach Versprayung von Antikenotoxin. Sie waren qualitativ und quantitativ in jeder Hinsicht nach Zerstäubung gesteigert.

Konrich (2) konnte bei sich selbst und anderen Medizinern weder durch Einnahme des Antikenotoxins per os, per nares, per injectionem eine Wirkung wahrnehmen. Analoges ergaben Versuche bei Gemeindeschülern.

Lehrer Lorentz will aus den Rechenexempelergebnissen Konrichs doch eine „durchaus deutliche" Wirkung des Antikenotoxins herausrechnen.

Es muß eine herzerfrischend exakte Methode sein, wenn derartige Differenzen der Deutung möglich sind.

Lobsien (5) versucht zwischen dem Pessimismus Altschuls in der Ermüdungsfrage und dem Optimismus Griesbachs (Ästhesiometer) zu vermitteln. Und zwar durch Studien über das Kenotoxin Weichardts, dessen Ermüdungsstofforschungen ihm „zweifellos auf exakter wissenschaftlicher Grundlage aufgebaut" erscheinen. Lobsien glaubt alle erdenklichen Vorsichtsmaßregeln angewendet zu haben, um seine Versuche kritisch einwandfrei zu gestalten. Er gesteht zwar ehrlich ein, daß er nach Versprayung des Antikenotoxins niemals eine „Erfrischung wie in ozonreicher Waldluft" verspürt hat, wie das phantasievolle andere Ermüdungsstofforscher konstatiert haben, ist aber überzeugt, daß das Antikenotoxin günstig auf die Leistungsfähigkeit wirkt.

Lay (6), ein bekannter Experimentalpsychologe, berichtet über die Versuche, die er über den Einfluß der Tageszeit auf die Gedächtnisleistungen angestellt hat. Morgen- oder Abendlernen? Welches ist rationeller? Allgemein heißt es, daß das Morgenlernen zweckmäßiger sei (morgendliche Frische des Körpers und Geistes). Die Versuchsergebnisse beweisen gerade das Gegenteil: Gemessen am dauernden Behalten ist das Abendlernen dem am Morgen überlegen.

Lay erklärt das so: Psychische Erscheinungen, Vorstellungen perseverieren, tönen nach und festigen sich dadurch. Vorausgesetzt, daß sie nicht von neuen Eindrücken durchkreuzt werden. Die günstigste Zeit für das „unbewußte Weiterarbeiten" für das „Nachklingen" ist die Nacht. Die zahllosen, intensiven Eindrücke des lärmenden Tages sind ausgeschaltet.

Die 13jährige Kranke Hennes (1) stammte aus sehr schwer belasteter Familie. Sie leidet an abnormer geistiger Ermüdbarkeit. Nach 15 bis 20 Minuten Schulunterricht ist sie glatt erledigt. Daneben bestehen zahlreiche neuropsychopathische Züge: übergroße gemütliche Erregbarkeit (Tränenseligkeit), übertriebene Gewissenhaftigkeit, hoher Ehrgeiz (sie wollte um keinen Preis in der Schule zurückbleiben), überaus rege Phantasietätigkeit. Zwecks Beobachtung Aufnahme in des Verf. heilpädagogische Anstalt; „leider" von der Mutter bald wieder herausgeholt, weil sie sich über einen Anfall eines Anstaltsinsassen aufgeregt hatte und weil die Mutter für die „zarten Nerven" ihres Kindes fürchtete.

Hennes bedauert dies. Er hält die Behandlung in einer heilpädagogischen Anstalt für unbedingt nötig, um das verwöhnte, einzige, psychopathische Kind für die rauhe Wirklichkeit des Lebens zu ertüchtigen. Alles, was Verf. in dieser Hinsicht anführt, ist gewiß zu billigen. Es ist aber sehr die Frage, ob Psychopathen vom Schlage seiner Patientin für heilpädagogische Anstalten geeignet sind. Ich für meinen Teil muß durchaus der Mutter beipflichten, die vom weiteren Verbleib im Hennesschen Institut einen Schaden für ihr Kind befürchtete. Für eine schwachbegabte, aber nicht schwachsinnige Psychopathin geschilderter Art kann es unmöglich zweckdienlich sein, vereint mit asozialen, kriminellen, hysterischen, epileptischen, gelähmten usw. Kindern zu leben, choreatische Zuckungen, Grimassieren, Tics, große Anfälle usw. der bunt zusammengewürfelten, zumeist aus Schwachsinnigen bestehenden Anstaltsinsassen täglich vor Augen zu haben. Für Psychopathen bedarf es besonderer Institute. Zweckdienlicher wäre gewesen, die Kleine ins Gebirge oder an die See, in ein Jugendsanatorium zu schicken oder noch besser sie aufs Land zu vernünftigen Leuten in Pension zu bringen. Was braucht eine höhere Tochter heutzutage denn für umfassendere Schulkenntnisse?! Die Frage der krankhaften Ermüdung wäre durch vernünftigen Einzelunterricht unschwer zu regeln.

Intelligenzprüfung.

1. **O. Bobertag.** Über Intelligenzprüfungen. Zeitschr. f. angew. Psych. u. psych. Sammelforsch., **6**, S. 495.

2. **F. Chotzen.** Die Intelligenzprüfungsmethode von Binet-Simon bei schwachsinnigen Kindern. Zeitschr. f. angew. Psych. u. psych. Sammelforsch., **6**, S. 411.

3. **W. Jones.** Untersuchungen über die Reizschwelle für Farbensättigung bei Kindern. Zeitschr. f. päd. Psych. u. exper. Päd., **13**, S. 127.

4. **Kurtze.** Intelligenzprüfung. Zeitschr. f. d. Behandl. Schwachs., **32**, S. 69.

Zum Kapitel Intelligenz und Kopfumfang sei erwähnt, daß F. A. Schmidt (Bonn) unter 128 Hilfsschülern nur 36% Kleinköpfe fand (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1912, Nr. 11). Vergleiche ferner Henneberg, nächster Abschnitt.

Kurtze (4), Hilfsschullehrer in Berlin-Weißensee, versteigt sich in einem Vortrag im Hilfsschulenverband der Provinz Brandenburg zu dem Satze: „Solange von ärztlicher Seite einwandfreie Wege zum sicheren Erkennen des Schwachsinnes nicht gefunden werden, ist die Feststellung des Pädagogen der ärztlichen entschieden vorzuziehen." Das ist deutlich! Und sehr schmeichelhaft für die Ärzte, die 9 Zehntel aller Arbeit auf diesem Gebiete geleistet haben.

Kurtze trägt denn auch frei nach Ziehen vor, wie man bei Intelligenzprüfungen verfährt. Er beschäftigt sich auch bei Gelegenheit mit den psychopathischen Konstitutionen der Kinder, die „dem leichten Schwachsinn sehr ähnlich sehen".

Kein treffenderes Beispiel weiß er hier anzuführen als — Napoleon I. „Er war erblich belastet und hatte zahlreiche körperliche und geistige Anomalien und Degenerationszeichen. Vor allen Dingen litt er an Zwangsvorstellungen. So mußte er beim Durchzuge durch die Stadt (sic!) regelmäßig die Fenster der passierenden (sic!) Straßen zählen. Im heißesten Sommer ließ er die Zimmer heizen. Auch ist ja bekannt, wie er alles in seiner Umgebung rücksichtslos verheiratete."

Bobertags (1) Arbeit beschäftigt sich erneut eingehend mit der Binet-Simonschen Methode und ihren Klippen. Die zahlreichen Details können hier nicht wiedergegeben werden.

Chotzen (2) fand bei Breslauer Hilfsschulkindern, die er nach Binet-Simon untersuchte, eine gute Übereinstimmung seiner Intelligenzprüfungsergebnisse mit dem Urteile der Lehrer über diese Kinder. Nur bei psychopathischen Kindern fanden sich Differenzen, die erklärlich werden, wenn man sich vergegenwärtigt, daß bei ihnen Schulleistung und Intelligenz nicht proportional sind. Hier bewähren sich Bobertags modifizierte Tests.

Die Untersuchungen von Jones (3) über die „Reizschwelle für Farbensättigung bei Kindern" (dies klingt gelehrter als das einfache „Zur Entwicklung des Farbensinnes bei Kindern") ergeben u. a., daß schon bei 5jährigen Kindern psychophysisch auf Farbenempfindung geprüft werden kann. Im 5. bis 7. Jahre sind die Mädchen empfindlicher, nachher die Knaben. Die Zuverlässigkeit der Mädchen ist im allgemeinen größer als die der Knaben. Für Blau und Grün haben die Knaben, für Rot und Gelb gleichaltrige Mädchen größere Empfindlichkeit.

Vom 4. bis 7. Jahre ist Blau bei Knaben und Mädchen die leichtest erkannte Farbe, Gelb steht dagegen am letzten.

Empfindlichkeit und Zuverlässigkeit des Farbensinnes scheinen von der Intelligenz (als Schulzensur bewertet) unabhängig zu sein.

Neuro-psychopathische Schulkinder. Hilfsschüler. Fürsorgezöglinge.

1. **G. J. Gordon.** Selbstmorde bei Kindern. (Russisch.) Allgem. Zeitschr. f. Psych., **70**, S. 126. Literaturheft.
2. **H. Henneberg.** Bericht über die schulärztliche Tätigkeit in den Magdeburger Hilfsschulen. Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinnes, **6**, S. 59.
3. **Hinrichs.** Bericht an das Landesdirektorat der Provinz Schleswig-Holstein über die psychiatrische Untersuchung der schulentlassenen Fürsorgezöglinge usw. Allg. Zeitschr. f. Psych., **69**, S. 1 bis 33.
4. **E. Karman.** Kinder als Zeugen. Kriminalistische Beiträge III. Arch. f. Kriminalanthr. u. Krim., **50**, S. 231.
5. **P. van der Meer.** Sprechmangel und sein Vorkommen bei den Schülern der Amsterdamer öffentlichen niederen Schulen. Ned. Tijdschr. v. Genesk., **56**, I, S. 485.
6. **Mönkemöller.** Über die Psychopathologie der Pubertätszeit. Zeitschr. f. päd. Psych. u. exper. Päd., **13**, S. 488.)
7. **W. Münch.** Zur Psychologie der nicht versetzten Schüler. Zeitschr. f. päd. Psych. u. exper. Päd., **13**, S. 30.
8. **Rothschild.** Bekämpfung beginnender Verwahrlosung. Monatsschrift f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsref., **5**, S. 283.
9. **H. Stelzner.** Die psychiatrische Tätigkeit des Schularztes. Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinnes, **5**, S. 457.
10. **A. Trendelenburg.** Schülerverirrungen, Tag, Nr. 90, 1912.

Mönkemöller (1) stellt folgende Thesen über die Psychopathologie der Pubertätszeit auf:

„In der Pubertätszeit findet neben der geschlechtlichen Entwicklung die psychische einen gewissen Abschluß. In dieser Zeit, in der sich die Individualität des Menschen herausbildet, ist das ganze Geistesleben großen Schwankungen unterworfen und befindet sich nur im labilen Gleichgewicht.

Schon unter normalen Verhältnissen kann die Pubertätszeit unter Symptomen verlaufen, die als isolierte psychische Krankheitssymptome aufgefaßt werden.

Besonders gefährdet sind in dieser Zeit erblich belastete und neuropathisch disponierte Persönlichkeiten, zumal wenn zu dem Entwicklungsprozeß noch äußere Schädlichkeiten hinzutreten.

Als wichtigste geistige Krankheit dieser Zeit, die im wesentlichen auf dem Boden der Pubertät erwachsen, ist das Jugendirresein anzusehen.

Die Pubertät hat die Macht, schlummernde Geistesstörungen ins Leben zu rufen und vorhandene zu einer stärkeren Ausgestaltung zu bringen.

In dieser Beziehung sind in erster Linie der angeborene Schwachsinn und die psychopathischen Konstitutionen gefährdet, die durch die Geschlechtsreifung in ein aktives Stadium übergeführt werden.

Auch die Epilepsie, die Hysterie und andere Nervenkrankheiten erfahren in den Entwicklungsjahren eine wesentliche Verschärfung ihrer Symptome.

Das Weib ist in dieser Periode wesentlich mehr gefährdet als der Mann.

Eine für die Pubertät spezifische Psychose gibt es nicht, wohl aber nehmen alle in diese Periode fallenden psychischen Abweichungen leicht ein ähnliches Gepräge an.

Im allgemeinen sind die Heilungsaussichten bei psychischen Krankheiten in dieser Zeit gut. Eine ungünstige Beeinflussung findet durch erbliche Belastung, ein ungünstiges Milieu und das Hinzutreten äußerlicher Schädlichkeiten statt.

Die Fürsorgeerziehung muß verlangen, daß ihr die Zöglinge schon vor Eintritt der Pubertät anvertraut und dem ungünstigen Milieu entrissen werden.

Im übrigen muß sie gerade in dieser Zeit eine straffe und energische Behandlung dieser labilen Elemente durchführen."

Stelzner (9) weist auf interessante Beziehungen der Körperlänge bei Charlottenburger Schulkindern zu den wirtschaftlichen Verhältnissen der Eltern hin. Die längsten Kinder wurden fast nie in den Gemeindeschulen gefunden.

Verfasserin hat die Schulanfängerinnen auf psychische Reife zu untersuchen. Abdruck eines nach Ziehenschen Lehren orientierten Intelligenzprüfungsschemas für sozial bessergestellte Großstadtkinder.

Henneberg (2) berichtet über Anamnese und Zustand von zirka 400 Hilfsschülern.

In 93 Familien mit 10 bis 18 Kindern betrug die Kinderletalität im Durchschnitt 50%, in 302 Familien mit 5 bis 18 Kindern 42%. Die Haupttodesursachen waren Krämpfe, Magendarmerkrankungen, Infektionen.

19mal war das Hilfsschulkind das erstgeborene, 29mal das Zweitgeborene, 26mal das vorletzte, 39mal das letzte Kind. (Erschöpfungsprodukt.)

11·5% der Kinder stammten aus Trinkerfamilien. Nur 2 Kinder waren eingestandenermaßen im Rausch gezeugt. 2 Kinder hatten ständig Alkohol in größeren Mengen konsumiert. Blutsverwandt waren die Eltern zweier Hilfsschüler. Zangenkinder waren 3·5%, 3·2% waren Frühgeburten. Ein Trauma schwerer Art post partum wurde bei 55 Kindern angegeben. In 17·4% fanden sich untrügliche Zeichen überstandener Rachitis. 9% waren schwerhörig, 33% hatten unregelmäßige Zahnstellungen und -bildung. 49% ein schlechtes Gebiß (mehr als 4 hohle oder fehlende Zähne). An Sprachfehlern, meist Stammeln, litten 15%. Refraktionsanomalien hatten 7%; 5% schielten.

Was die Schädelbildung anbelangt, so fanden sich die kleinsten Köpfe keineswegs bei den schlechtesten Schülern, dagegen hatten die allerschwächsten Hilfsschulknaben Umfänge von 50 bis 58cm. Auf keinen Fall darf man aus dem Kopfumfange auf die Intelligenz rückschließen.

Wichtig für die Intelligenzprüfung erscheint Henneberg die Farbensinnprüfung. Bei der Erkennungsprobe versagten 22% (davon bei weitem mehr Knaben als Mädchen). Bei der Benennungsmethode machten Blau und Gelb die meisten Schwierigkeiten.

An Amsterdamer Schulkindern fand van der Meer (5), daß die Zahl der Stammler mit dem Alter abnimmt, während die der Stotterer zunimmt. Die Art der Schule ist auf die Häufigkeit, in

der man Stammler antrifft, ohne Einfluß; Stotterer werden dagegen in Schulen mit umfassenderem Lehrprogramm seltener als auf gewöhnlichen niederen Schulen. Das Verhältnis stotternder Knaben und Mädchen beträgt 4 : 1.

Münch (7) unterscheidet zwei Kategorien nichtversetzter Schüler, solche, welche nach Intelligenz, Interesse und Wollen stets im Hintertreffen bleiben, und solche, deren geistige Entwicklung einmal für bestimmte Zeit stockt. Namentlich die letzte ist Ärzten, Pädagogen und Eltern zu wenig bekannt. Das glatte Durchlaufen unserer neunjährigen Schulzeit gilt heute so sehr als das Normale und Selbstverständliche, daß jede Stockung oft wie eine Katastrophe wirkt, oft wie ein Makel empfunden wird.

Münch legt klar, wie außerordentlich nützlich ein Sitzenbleiben oftmals ist und weist darauf hin, daß zwar niemand sich darüber wundere, wenn das Körperwachstum in den Jugendjahren zeitweilig stockt oder ganz jäh vorwärtsgeht, daß es aber den wenigsten einfiele, Analoges auf geistigem Gebiet anzunehmen.

Es gibt zahlreiche Jugendliche, deren Geist einmal ein halbes oder ganzes Jahr ausruhen muß, um dann um so sicherer wieder voranzuschreiten.

Gordon (1) beschäftigt sich mit der Frage der Schülerselbstmorde in Rußland, die dort rapid zunehmen. Im Jahre 1904 kamen 20 Selbstmorde zur Meldung, 1905 bereits 47, 1906 : 71, 1907 : 112, 1908 : 132.

In 33% stand das Suizid in ursächlicher Beziehung zu Schulereignissen, in 7·75% zu Liebeleien, in 4·1% waren anormale Familienverhältnisse der Grund. In 2·1% waren materielle Sorgen, in 1% politische Momente im Spiel.

Nach Gordon besteht in Rußland eine zunehmende Depravation durch den immer weiter um sich greifenden Alkoholismus. Hiermit stehen die Schülerselbstmorde im engsten Konnex.

v. Karman (4) schließt sich der — recht alleinstehenden — Ansicht von Groß an, daß Kinder die besten Zeugen seien, wenn sie kunstgerecht verhört würden. Wichtig ist allerdings, daß die Feststellung der Zeugenaussagen so bald wie möglich post crimen stattfindet, bevor andere Einflüsse auf die Kinder stattgefunden haben.

Der Tag ist eine sehr verbreitete Zeitung, und es wäre wünschenswert, wenn er seinen Lesern von berufenerer Feder als der Trendelenburgs (10) geschriebene Aufsätze böte. Daß die Neurasthenie unter den Schülern weit verbreitet ist und Schuld hat am Selbstmord und vielen anderen anomalen Handlungen, mag richtig sein, daß die Wurzeln dieses Übels jedoch hauptsächlich in Wucherungen des Nasenrachenraumes und in der Onanie zu suchen seien, ist lächerlich. Es ist nur bedauerlich, daß Tausenden von Gebildeten medizinische Information aus so trübseliger Quelle fließt.

Die von Hinrichs (3) untersuchten 144 Fürsorgezöglinge stammen zumeist aus Großstadtarbeiterkreisen, nur 20 waren auf dem Lande groß geworden. 63% waren schwer erblich belastet (in der Irren-

anstalt Schleswig nur ca. 40%). Von 60 Mädchen hatten nur 3 „vielleicht nicht" geschlechtlich verkehrt. Alle übrigen zum Teil schon vor dem 14. Jahr. Die Hälfte von ihnen war geschlechtskrank. Bei den männlichen Zöglingen waren Geschlechtskrankheiten selten. Von den Mädchen hatte $^1/_3$, von den Knaben $^1/_6$ das Ziel der Volksschule erreicht. Von den Knaben sind 45%, von den Mädchen 40% als geistig normal zu betrachten.

	Knaben	Mädchen
Psychopathen	6%	5%
Imbezille	14%	20%
Debile	32%	17%
Psychopathen mit Intelligenzdefekt	15%	17%

Außerehelich geboren waren 33. Das Milieu, dem die Zöglinge entstammten, war meist ein derartiges, „daß es nicht wundernehmen kann, wenn auch ein völlig normales Kind in einem solchen Sumpfe versinkt". Rachitische Residuen fanden sich nur bei 12 männlichen Individuen (die weiblichen Zöglinge waren nackt nicht untersucht worden). Die Hälfte der Knaben und jungen Männer zeigte Tätowierungen.

Bei den männlichen Fürsorgezöglingen war Diebstahl, bei den weiblichen Unzucht das Prädilektionsdelikt.

Rothschild (8) ist Vormundschaftsrichter und unterhält engen Konnex mit den Schulen. Diese teilen ihm erste Zeichen beginnender Verwahrlosung mit. Rothschild bescheidet dann Eltern und Kinder zu sich und forscht den Gründen der Mißstände nach, belehrt, ermahnt, verwarnt usw. Die Kinder werden dann allmonatlich erneut zu Rothschild zitiert und stehen so unter dauernder Kontrolle. Hielten sie sich gut, so wurden die Zwischenräume verlängert und schließlich die Kontrolle aufgehoben. Rothschild ist von der Zweckmäßigkeit der Methode und ihren segensreichen Erfolgen überzeugt.

Verschiedenes.

1. **Lehmann.** Über den Stoffwechsel während geistiger Arbeit. Arbeiten des 5. Kongresses für exper. Psychol., 1912.

2. **S. Misliwetschek.*** Versuch einer experimentell-psychologischen Untersuchung des Einflusses von Brom auf die geistige Tätigkeit und Konzentrierungsfähigkeit. Rev. f. Psych., Neurol. u. exper. Psychol., **17**. S. 193.

3. **W. Peters.** Über die Vererbung intellektueller Fähigkeiten. V. Kongreß f. exper. Psychol., Berlin, 1912.

4. **R. Senet.*** Psychologie des Spiels beim Kinde. Arch. de Psiquiatria y Criminologia, **11**. S. 129.

5. **E. Wulffen.** Der kriminelle Spieltrieb des Kindes. Universum, **29**. Heft 28.

6. **E. Stier.** Die funktionellen Differenzen der Hirnhälften und ihre Beziehungen zur geistigen Weiterentwicklung der Menschheit. Deutsche med. Wochenschr., **38**, S. 2061.

Misliwetschek (2) untersuchte bei Bechterew den Einfluß von Brom (als Bromnatrium in ziemlich hohen Dosen) auf die psychischen Leistungen. Es zeigte sich, daß die Ermüdung bei Brom leichter eintritt. Eine kumulierende Wirkung konnte nicht beobachtet werden.

Lehmann (1) hat unter größten Kautelen versucht, den absoluten Ruhezustand des Körpers herbeizuführen und während der Stoffwechselversuche beizubehalten. Als geistige Arbeit wurden Silbenreihen gelernt und Additionsexempel ausgeführt. Es ergab sich während der Periode geistiger Anspannung eine Mehrausscheidung von CO_2. Mit steigender Schwierigkeit der geistigen Arbeitsleistung stieg der Kohlensäureumsatz weiter an.

Nach Senet (4) ist das Spiel einzig auf ererbte instinktive Tätigkeitstriebe zurückzuführen, welche die Summe der durch Generationen wiederholten Willkürhandlungen darstellen. Der Ursprung des Spieles liegt nicht in überschüssiger Nervenkraft, nicht in der Tendenz zum Affekterleben, nicht im Nachahmungstrieb. Alles das sind sekundäre Momente, welche die Art und Weise des Spieles beeinflussen.

Wulffen (5) führt aus, daß man, will man das wahre Wesen und Entstehen des Verbrechens verstehen, auf seine Uranfänge in der Kinderseele zurückgehen muß, um zu erforschen, ob im Verbrechen der Kinder sich noch Triebfedern feststellen lassen, die wir beim Erwachsenen nicht mehr wiedererkennen. Einer der elementarsten Triebe des Kindes ist der Spieltrieb. Er darf aber nicht nur als Ausfluß des kindlichen Beschäftigungsdranges angesehen werden, sondern ist auch eine Form, in der sich „latente ungünstige Instinkte und Strebungen" offenbaren und „gerade dadurch abgeschwächt werden können". Das Spiel des Kindes bedeutet häufig eine reinigende Entladung von Triebkräften, die andernfalls eine antisoziale Betätigung des Kindes hervorrufen könnten. Wulffen erinnert an die Räuber-, Indianer- usw. Spiele, an die Freude am Zusammenstoß von Wagen der Spieleisenbahn. Hierher gehört die Lust am Feuer, die Zerstörungswut, der Experimentierfanatismus u. dgl. mehr. Mögen ungünstige Instinkte nur primär vorhanden oder sekundär durch das Spiel induziert werden: jedenfalls bedarf es angemessener Beschäftigung und Anleitung zum Spiel. Erfolgt andererseits keine Entladung durch das Spiel, so ist kriminelle Betätigung zu befürchten. Krimineller Spieltrieb ist z. B. das Legen von Steinen auf die Schienen. Ins Gebiet des Spieles gehören auch wohl vielfach die sogenannten Bandendiebstähle unerzogener, unbeaufsichtigter Kinder, die alle erdenklichen Sachen zusammenstehlen und in Höhlen, in Wald und Feld verbergen. Kurzum eine ganze Reihe strafbarer Handlungen Jugendlicher — Wulffen führt viele Beispiele an — wächst aus dem Spieltrieb heraus. Bei der Begutachtung krimineller Kinder ist dieser Gesichtspunkt zu berücksichtigen.

Die Ausführungen Wulffens sind wohl angeregt durch einen Aufsatz von Prof. Groos über „das Spiel als Katharsis" (Zeitschr. f. päd. Psychol. u. exper. Pädagogik, **12**, S. 353.)

In Amerika haben Psychologen das Spiel zusammengebracht mit dem biogenetischen Grundgesetz. Das Spiel ist ihnen eine ontogenetische Wiederholung der Phylogenese. Und vielfach soll im Spiel außerdem der Zweck hervortreten, niedrigere Instinkte (Reminiszenzen aus der tierischen oder urmenschlichen Vorzeit) in harmloser Weise zum

Ausdruck und gerade dadurch zur Abschwächung zu bringen. Carr hat dann bei der teleologischen Deutung der Spieltätigkeit dieses als eine Katharsis bezeichnet. Diese Theorie ist nach Groos glücklicher fundiert als die „Abschwächungstheorie", denn die spielende Betätigung instinktiver Anlagen braucht durchaus nicht immer zu einer Abschwächung dieser Triebe zu führen. Der Pflegetrieb des Weibes wird durch das Jugendspiel mit der Puppe nicht abgeschwächt, und die Preußen von 1870 waren nicht kriegsuntüchtig, obwohl sie als Kinder Soldaten gespielt hatten (Claparède). Die Entladung im Spiel gleicht dem Entweichen des Dampfes aus dem Sicherheitsventil. Die Zweckmäßigkeit des Spieles besteht darin, dem instinktiven Drang eine vorübergehende harmlose Entladung zu verschaffen und gefährliche Äußerungen der ungeschwächt weiter bestehenden Triebe zu vermeiden (Claparède). Die Katharsis des Spieles geht also nicht darauf aus, ererbte Dispositionen abzutöten, sie ist aber nach Groos durchaus nicht immer eine harmlose Entladung. Gegen gefährliche Instinkte bedarf es vielmehr besonderer Hemmungen und Ablenkungen. Diese leiten sich teils aus dem Spiel selbst her, teils sind sie Aufgabe einer zielbewußten Erziehung des einzelnen und der Gesamtheit (Groos).

So weit die uns hier interessierenden Ausführungen des bekannten Gießener Philosophen.

Peters' (3) groß angelegte statistischen Untersuchungen über Vererbung intellektueller Fähigkeiten beruhen auf dem Vergleich der Schulleistungen (Lesen, Schreiben, Rechnen, Religion) von Großeltern, Eltern, Enkeln.

Wenn beide Eltern gute Leistungen hatten, dann haben 76% der Kinder ebenfalls gute Leistungen. Hat ein Elter gute, der andere schlechte Leistungen, dann haben 59% der Kinder gute, 41% schlechte Leistungen. Waren die Leistungen beider Eltern schlecht, so kamen auf gute Leistungen der Kinder 38%, auf schlechte 62%. Haben die elterlichen Fähigkeiten nur Durchschnittsmaß, dann finden sich die besten Schulleistungen bei den Kindern, deren Großeltern am besten befähigt waren, die schlechtesten Schulerfolge aber bei entsprechend schlechten großelterlichen Leistungen. Intellektuelle Leistungen und Ähnlichkeiten sind also nicht als Milieuwirkung zu betrachten.

Das Galtonsche Gesetz vom Ahnenerbe gilt auch für die Vererbung intellektueller Leistungen. Es besagt, daß die Erbmasse der Kinder zur Hälfte von den Eltern, zu einem Viertel von den Großeltern und zu einem Achtel von den Urgroßeltern stammt.

Die Bedeutung und richtige Grundlage der Petersschen Untersuchungen wird von den Experimentalpsychologen anerkannt, jedoch eine weitere Detaillierung für notwendig erachtet. Es gehe z. B. nicht an, alle „genügenden" Leistungen einfach den „schlechten" zuzuzählen.

Aus den Ausführungen Stiers (6) über funktionelle Differenzen der Hirnhälften seien folgende Gedanken hervorgehoben: Es besteht ein gewisser Parallelismus zwischen der Differenzierung

beider Hirnhälften und fortschreitender geistiger Entwicklung. Bei Tieren fehlt eine solche Differenz.

Differenzen der Hemisphären bestehen nicht oder sind nicht nachweisbar bei den phylogenetisch primitivsten psychischen Leistungen; sie nehmen aber entsprechend der Ausbildung mehr menschlich-spezifischer psychischer Fähigkeiten zu. So sind die Zentren für die Hände, Beine, für Gesicht, Gehöreindruck, für Hypoglossus, Trigeminus bilateral angelegt. Die Differenz der Hirnhälften zeigt dagegen ihr Extrem in der Anlage des Sprachzentrums.

Die Differenzierung der Hemisphären müßte daher bei Schwachsinnigen eine geringere sein. Dem entspricht, daß Stier bei Schwer-idiotischen fast niemals eine dezidierte Rechts- oder Linkshändigkeit fand.

Interessant sind auch die Befunde an Kindern mit sensorischer Aphasie: sie ergaben 30 bis 50% Linkshändigkeit. Je frühzeitiger ein Kind eine Hand bevorzugt, um so schneller und exakter soll es sprechen lernen. Durch die Erziehung wird unsere Rechtshändigkeit gesteigert, Linkserveranlagung aber abgeschwächt, d. h. die erstrebenswerte Lateralisierung der Hirnfunktion, die Überlegenheit einer Hemisphäre bei letzteren Individuen paralysiert; die Ausbildung des motorischen Sprachzentrums wird hintangehalten. Umgewöhnungsversuche bei linkshändigen Kindern sind daher unzweckmäßig.

Spezielle Psychopathologie.

Psychopathische Konstitutionen. Amoralität.

1. **G. Anton.** Über die Formen der krankhaften moralischen Abartung. Zeitschr. f. Kinderforschung, **17**, S. 385.

2. **Müller.** Wohin mit den psychopathischen Fürsorgezöglingen zur Beobachtung und Behandlung? Zeitschr. f. d. Beh. Schwachsinniger, **32**, S. 109.

3. **E. H. Müller-Schürch.** Vom Wandertrieb. Zeitschr. f. d. Erf. u. Beh. d. jugendl. Schwachsinns, **5**, S. 494.

4. **E. Stier.** Zur Ätiologie des konträren Sexualgefühls. Monatsschrift f. Psych. u. Neurol., **32**, S. 221.

5. **E. Stier.** Über familiären Wandertrieb. Charité Annal., **36**, S. 177.

6. **Th. Ziehen.** Zur Lehre von den psychopathischen Konstitutionen. Nosologische Stellung und Einteilung der psychopathischen Konstitutionen. Charité Annal., **36**, S. 130.

Stier (5) berichtet über einen psychopathischen Knaben, der plötzlich poriomanisch wurde. Mehrere ältere Geschwister hatten das gleiche Symptom gezeigt, desgleichen ein Mutterbruder und die Großmutter (mütterlicherseits). Verf. nimmt eine rein familiäre Form des Wandertriebes an.

Müller-Schürch (3) faßt den Wandertrieb als Steigerung des normalen kindlichen Entdeckungslusttriebes auf. Es ist die Aufgabe aller erzieherischen Faktoren, diese Strebungen vor der Pubertät „unter die Kontrolle des Intellekts" zu bringen. Denn in der Pubertät, dem kritischen Alter, wird der Charakter in seinen Fundamenten fixiert.

Oberregierungsrat Müller (3) nimmt zur Frage der Psychopathenheime Stellung. Man kommt bekanntlich mehr und mehr dazu, geistig abnorm erscheinende Fürsorgezöglinge psychiatrischer Beobachtung zu unterstellen und sie zu diesem Zweck im Anschluß an bestehende Heilanstalten unterzubringen. Hiergegen polemisiert der Autor. Nicht glücklich. Ich übergehe seine Einwände als nutzlose Reaktion gegen moderne Auffassungen. Aber in einem stimme ich Müller bei. Er sagt: Wohin mit den als Psychopathen Erkannten? „Ohne Scheu in die Erziehungsanstalt", in ein verständig geleitetes Institut, keine Irren- oder Idiotenanstalt. Für Psychopathen ist das Milieu außerordentlich bedeutungsvoll. Der Psychopath bedarf des Umganges mit besonders geschultem Lehrpersonal, nicht mit Irrenwärtern und -wärterinnen. Vor allem nicht mit auffällig kranken Kameraden.

Diese Grundgedanken halte ich für sehr beherzigenswert. Die speziellere Durchführung derselben — darauf einzugehen erübrigt sich vor den Lesern dieses Referates — dagegen regt zur Kritik an.

Ziehen (6) legt in einer Schlußmitteilung dar, wie er die Gruppierung der psychopathischen Konstitution vorgenommen wissen möchte. Es unterscheidet ätiologisch:

1. Die degenerative Form,
2. die toxische Form (Alkohol, Tuberkulose, Blei),
3. die autotoxische Form (Basedow),
4. die traumatische Form,
5. die postinfektiöse Form,
6. Erschöpfungsform.

Es gibt aber noch weitere Formen, die nach ätiologischem Prinzip nicht gruppiert werden können, sondern „symptomatisch" zu definieren sind. (Symptomatisch! In der Einleitung zu seinem Teil III im Handbuch der Nervenkrankheiten im Kindesalter spricht Ziehen von der „jeder Wissenschaftlichkeit Hohn sprechenden" Einteilung nach symptomatischem Prinzip.)

Also, zu den „neuro-psychopathischen Konstitutionen sensu strictiori" gehören die

hysterische,
neurasthenische,
epileptische,
choreatische Form, ferner die Form bei Tic impulsiv.

Ferner gibt es noch rein psychische Formen, die ebenfalls bisher nur nach der (verpönten „bequemen" Ref.) Symptomatologie klassifizierbar sind, nämlich:

1. Die hyperthymische, psychopathische Konstitution,
2. die depressive psychopathische Konstitution,
   a) hypochondrisch-neurasthenische,
   b) depressiv-obsessive Form,
   c) Angstform,
   d) rein depressive Form,
3. paranoide,
4. rein obsessive, psychopathische Konstitution.

Damit sind die Formen durch psychische Hauptsymptome abgrenzbarer Konstitutionen aber nicht erschöpft. Ziehen erwähnt noch speziell eine impulsive Form und umreißt eine weitere Gruppe, die phrenoleptische psychopathische Konstitution, bei welcher überwertige Vorstellungskomplexe dominieren. Ich übergehe die auch hier wieder symptomatologisch orientierte Untereinteilung.

* * *

Stier (4) vermißt einen absolut stringenten Beweis für angeborene Homosexualität. Konträre Sexualempfindung kann auch durch Einflüsse unserer Kultur hervorgerufen werden. Auch sei keineswegs ausgeschlossen, daß intensiv geübte Onanie ätiologisch beachtenswert sei. Nachforschungen bei 3000 Kindern in Berlin gaben keinen Anhalt für eine angeborene Homosexualität. Den sympathischen Gedankengängen des Verf. — Einzelheiten eignen sich nicht für ein pädoneurologisches Referat — werden sicher viele Leser folgen. Nur das Onaniemotiv ist zwar geistreich gedacht aber wenig überzeugend. Überhaupt neigt die Ziehensche Klinik zu gewissen altmodischen Bewertungen normaler Vorgänge der Sexualsphäre. So finde ich beispielsweise in dem Buche Ziehens über die Erkennung der psychopathischen Konstitutionen den Hinweis auf Erektionen im Säuglingsalter als „sexuelle Abnormität".

Die Antonsche (1) Abhandlung gliedert sich in 2 Teile. Im ersten werden die krankhaften Veränderungen des Gemütes und Charakters im allgemeinen besprochen (bei Mania levis, chronischen Intoxikationen, Paralyse usw.). Bei der Epilepsie erwähnt Anton, daß seiner Meinung nach für eine Anzahl Epileptiker das Mißverhältnis zwischen Gehirn und Schädel pathokinetisch sei. Im zweiten, groß angelegten Teil wird dann das Krankheitsbild der moralischen Abartung im besonderen, d. h. bei Jugendlichen, die früher sogenannte Moral insanity in erschöpfender Breite dargestellt. Die Folgen krankhafter Entwicklung sind wohl zu trennen von jenen des Milieus. Die neueren Forschungen haben gezeigt, daß die Triebfedern, die zur Verwahrlosung der Kinder führen, vielmehr im Kinde selbst, in seiner Anlage begründet liegen und daß die „Entgleisten und Kriminellen oft seelisch und mitunter auch körperlich eine krankhafte Abweichung vom arteigenen Typus erkennen lassen". Gewisse Hauptgruppen sind die geistig Infantilen, die Psychopathen, die Imbezillen. Die Psychopathen stellen in ihren zahlreichen Typen (als Indolente, Depressive, Emotive, Periodiker, Triebhafte, Phantasten und Lügner, Verschrobene und Verrückte, krankhaft Unbeständige) ein Hauptkontingent.

Auf die weitere klinische Schilderung der moralisch Abgearteten kann hier um so mehr verzichtet werden, als dieselbe nicht als aus einem Guß imponiert. Die ganze Frage der Amoralität ist heute mitten im Fluß. Und so liegt auch über der Antonschen Darstellung ein Hauch von Disharmonie, als Abbild unserer heutigen nach Klärung ringenden Anschauungen in dieser Frage.

Dementia praecox.

1. **Becker.** Ist die Dementia praecox heilbar? Klin. f. psych. u. nerv. Krankh., **7**, S. 377.
2. **A. Fauser.** Einige Untersuchungsergebnisse und klinische Ausblicke auf Grund der Abderhaldenschen Anschauungen und Methoden. Deutsche med. Wochenschr., **38**, S. 2446.
3. **E. Frankhauser.** Histologische Befunde bei Dementia praecox. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., **8**, S. 413.
4. **O. Klieneberger.** Die juvenile Paralyse. Med. Klinik, **8**, S. 1531.
5. **E. Meyer.** Körperliche Störungen bei Dementia praecox. Neurol. Zentralbl., **31**, S. 485.
6. **K. Mollweide.** Die Dementia praecox im Lichte der neueren Konstitutionspathologie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., **9**, S. 62.
7. **E. Rittershaus.** Frühsymptome der Dementia praecox. Zeitschrift f. d. Erf. u. Beh. d. jugendl. Schwachsinns, **5**, S. 412.
8. **A. W. Stearns.*** Prognose der Dementia praecox. Boston Med. and Surg. Journ., **167**, S. 158.

Rittershaus (7) möchte die Bedeutung der Pubertät für die Entwicklung der Dementia praecox nicht überschätzt wissen. Schizophrene zeigen vielmehr schon „fast immer", d. h. in zirka 75%, vor der Pubertät auffallende prämonitorische Symptome, z. B. angeborenen Schwachsinn in allen Schattierungen, schlechte Begabung und Absonderlichkeiten, andere sind gut begabt, aber auffallend, absonderlich und mit Schrullen behaftet. Nur von zirka 14% wird berichtet, daß sie ständig gut gelernt, oft sogar auffällig begabt gewesen seien. Rittershaus ist sich aber selbst klar, daß derartige neuro-psychopathische „Frühsymptome" ebensogut die reine psychopathische Konstitution charakterisieren, d. h. also ohne jeden Übergang in Demenz persistieren können. Eine frühdiagnostische Abgrenzung ist demgemäß zurzeit nicht möglich.

Meyer (5) beobachtete bei einem Schizophrenen eine wochenlang anhaltende Bradykardie. Später trat ein Zustand universellen Muskelspasmus mit Fieber und Tachykardie auf. Er denkt an eine Hirnschwellung als Grundlage dieses Symptoms.

Fauser (2) wies mittels des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens einen Abbau von Testikelsubstanz durch Serum von männlichen Dementia-praecox-Kranken nach. Desgleichen wurde Hirngewebe in 8 von 11 Fällen abgebaut.

Mollweide (6) referiert in seiner Arbeit über die konstitutionellen Momente bei der Dementia pracox zunächst die Daten über hereditäre Belastung bei den verschiedenartigsten Formen nervöser und psychischer Erkrankungen. Dann geht er auf die Verhältnisse bei der Dementia praecox ein und weist eindringlich auf den auffallend hohen Prozentsatz von Alkoholismus in der Aszendenz hin: 28%.

Das Material Mollweides (71 Schizophrene) ist viel zu klein, um irgend welche Schlüsse zu erlauben. Mollweide fand beispielsweise nur ein einziges Mal Lues in der Aszendenz. Pilcz dagegen in 49%!

Frankhauser (3) untersuchte das Gehirn zweier plötzlich gestorbener Kranken mit Dementia praecox und fand ebenfalls

die von Alzheimer beschriebenen amöboiden Gliazellen und die „Abbaustoffe" (mit Anilinfarben sich färbende Granula und lipoide Stoffe). Diese histologischen Veränderungen kennzeichnen nur die akute Dementia praecox, nicht die chronischen Formen. In normalen Gehirnen fehlen die amöboiden Gliazellen durchaus. Merkwürdig war, daß die Sektion beider Fälle einen Status lymphaticus aufdeckte. Für Status thymo-lymphaticus sind die erwähnten Gliazellen und Abbaustoffe jedoch nicht charakteristisch, wie Kontrolluntersuchungen ergaben.

Becker (1) glaubt die Möglichkeit einer, wenn auch nicht rezidivfreien Heilung von Dementia praecox bejahen zu müssen. Sein Material ist nicht recht überzeugend.

Stearns' (8) Zahlen über die Prognose bei Dementia praecox entrollen ein tristes Bild. Er verzeichnet 5% „anscheinende" Heilungen von Dementia praecox, betont aber ebenfalls, daß die geheilten Fälle wahrscheinlich nicht richtige Diagnosen waren, sondern ins Gebiet der manisch-depressiven Psychose gehörten.

Juvenile Paralyse.

Die juvenile Paralyse nimmt nach Klieneberger (1) der progressiven Paralyse der Erwachsenen gegenüber eine Sonderstellung ein. Zunächst durch den klinischen Verlauf, der viel einförmiger ist; es fehlen fast stets manische oder katatone Zustände, furibunde Delirien. Dann durch den pathologisch-anatomischen Befund: das regelmäßige Vorkommen von Entwicklungsstörungen (Anomalien des Zentralkanals, Heterotopie von Ganglienzellen und grauer Substanz).

Die früheste — infantile — Paralyse wurde von Nonne bei einem 4jährigen, dementen Kind beobachtet. Im allgemeinen beginnt die Erkrankung im zweiten Dezennium. Das Prodromalstadium erstreckt sich über viele Jahre und setzt meist mit einem Stillstande der körperlichen Entwicklung ein.

Ein sehr wichtiges, differentialdiagnostisches Mittel gegenüber luetischer Hirnerkrankung ist das Fehlschlagen jedweder antiluetischer Behandlung. Ferner die serologische Liquoruntersuchung. Der Liquor reagiert bei juveniler Paralyse sehr stark positiv nach Wassermann, während sich bei luetischen Hirnprozessen zumeist negative Reaktion findet. Auch ist im ersten Fall Zell- und Eiweißgehalt hoch, im andern dagegen gering.

Juvenile Paralyse ist die auf dem Boden hereditärer Lues entstandene Paralyse. Von ihr abzutrennen, als Frühform der Dementia paralytica, sind die im jugendlichen Alter auftretenden Paralysen im Gefolge eigener spezifischer Infektion.

Jugendlicher Schwachsinn.

Prognose. Symptomatologie. Statistik. Ätiologie usw.

1. **Becker.** Die Prognose der Imbezillität und Idiotie. Deutsche Ärztezig., **7**, 1912.

2. **Goddard.** Größe und Gewicht schwachsinniger Kinder in amerikanischen Anstalten. Journ: of Nerv. and Mental. Dis., **39**, S. 217.
3. **Goronzek.** Über Tätowierungen bei Soldaten. Inaug.-Diss., Königsberg, 1912.
4. **O. v. Hovorka.*** Das Schicksal der schwachsinnigen Anstaltskinder. Heilpäd. Schul- u. Elternztg., 1911, **2**, 226/9.
5. **H. Krueger.** Über Kopfmaße bei angeborenen und erworbenen Geistesstörungen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., **31**, S. 191.
6. **O. Rehm.** Bedeutung der Syphilisätiologie bei idiotischen, schwachsinnigen und psychopathischen Kindern. Zeitschr. f. d. Erf. u. Beh. d. jugendl. Schwachsinns, **6**, S. 201.
7. **M. S. Reubner.** Mental deficiency. Arch. of Ped., **29**, S. 596.
8. **O. Rehm.** Beitrag zur Kenntnis der Größe und des Gewichtes geisteskranker Kinder. Zeitschr. f. d. Erf. u. Beh. d. jugendl. Schwachsinns, **6**, S. 45.

Krueger (5) resumiert, daß Kopfmaße im späteren Leben geistig Erkrankter nicht von denen gleichaltriger Gesunder differieren. Dagegen sind beim angeborenen Schwachsinn Verkürzungen meist die Regel. Am gleichmäßigsten verkürzt erweist sich die Ohr-Stirnlinie.

Goronzek (3) lehnt die Tätowierungen als Degenerationszeichen ab. Sie sind lediglich ein Ausfluß von Langeweile oder kindlichem Nachahmungstrieb. Es verlohne sich nicht, eine Spielerei, die fast immer aus dem Kindesalter herrührt, ernst zu nehmen. Außerordentlich selten wurden Tätowierungen noch in reifem Alter gemacht. Die Art der Tätowierung läßt ebenfalls gar keine Rückschlüsse zu auf Neigungen, Kriminalität u. dgl. Die Tätowierung findet sich endlich in gleichem Prozentsatze bei bestraften und nicht bestraften, intelligenten und imbezillen, geistig gesunden und kranken Leuten.

Reubner (7) verarbeitet ein großes amerikanisches statistisches Material. Einige Zahlen interessieren.

Unter den Insassen eines großen Instituts, welche dem Kindesalter angehören, waren die verschiedenen Gruppen geistig und körperlich Abnormer folgendermaßen vertreten:

Idiotie nach Meningitis	zirka 3%
Idiotia amaurotica	zirka 4·5%
Kretinismus	zirka 5%
Hydrozephalie	zirka 12%
Mikrozephalie	zirka 15%
Mongolismus	zirka 23%!

300 Elternpaare (mit Schwachsinn bei einem Elter) hatten 21·5% geistig abnorme Kinder! D. h. unter insgesamt 2013 Kindern waren über 400 Schwachsinnige!

Von 1321 Insassen der Anstalt Gugging gelangten nach Hovorka (4):

22·5% in die Irrenanstalt,
15·65% in Familienpflege,
6·74% in öffentliche Fürsorge,
8·5% starben,

22·7% hatten unbekanntes Schicksal,
24% verblieben ungeheilt in der Anstalt.

Rehm (6) untersuchte 51 geisteskranke Kinder auf luetische Ätiologie hin und fand 6% nach Wassermann reagierende. Bei 46 idiotischen und epileptischen Kindern war der Prozentsatz annähernd der gleiche, 6·5%. Klinische Besonderheiten zeigten die wassermannpositiven Kinder nicht.

Eichelberg fand unter 150 Idioten 12% wassermannpositive. Bei 43 Kindern, die geistig und körperlich gesund waren, aber von syphilitischen Eltern abstammten, betrug der Prozentsatz positiv reagierender 15%. Die Syphilis spielt daher beim Zustandekommen der Idiotie keine große Rolle (Med. Klinik, 1912, S. 1187).

Becker (1) schildert die Prognose des jugendlichen Schwachsinns. Am günstigsten sind die Aussichten bei Kretinismus und Lues, weniger günstig bei Hydro-Mikrozephalie und Mongolismus, am ungünstigsten bei komplizierender Epilepsie, insonderheit organischer. Eine kritische Zeit für die Prognose ist die Pubertät (sekundäre Psychosen).

Goddard (2) verarbeitete die Daten von zirka 11000 Fällen (5000 weibliche, 6000 männliche Anstaltsinsassen).

Bei Idioten ist der Wachstumsprozeß schwer gestört, weniger schwer bei Imbezillen, bei den Debilen ist er vor der Reife normal, dann erst tritt die Retardierung auf.

Was die Körpergröße und das Gewicht schwachsinniger Kinder anbelangt, so blieb beides bei den von Rehm (8) untersuchten 33 Pfleglingen (5 bis 16 Jahre alt) der Heilanstalt Dösen bei Leipzig zum Teil erheblich unter der Norm. Am ungünstigsten schnitten die schwachsinnigen Kinder mit Epilepsie und zerebraler Kinderlähmung ab.

IV.

Therapie.

1. **W. Browning, W. Lintz.*** The use of spinal fluid (Autotherapy) in the treatment of chronic neurosyphilides. New York med. Journ., **95**, S. 783; **96**, S. 116.

2. **L. Casper.*** Zur Therapie der Incontinentia urinae des weiblichen Geschlechtes. Zeitschr. f. Urologie, II, Beiheft, S. 238.

3. **Fornaca.** Le injezioni epidurali come cura dell' incontinenza d'urina negli alienati. (Italienisch.) Allg. Zeitschr. f. Psych., Literaturheft, **70**, S. 149.

4. **W. Frommowitz.** Therapeutischer Erfolg systematischer Lumbalpunktionen mit Duraschlitzung bei Hydrocephalus chronicus internus. Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilk., Wien, 6. XI. 1912.

5. **Fraenkel.** Aus dem Gebiete der multiplen Sklerose. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ref. 6, S. 171.

6. **Halbey.** Kombination narkotischer und Schlafmittel und ihre Anwendung in der Behandlung von Geisteskrankheiten. Psych.-neurol. Wochenschr., **14**, S. 140.

7. **F. Krause.** Breite Freilegung der Hirnventrikel, namentlich des vierten. Zentralbl. f. Chir., Beiheft, **39**, S. 22; Arch. f. klin. Chir., **99**, S. 377.

8. **J. Kopp.** Ein Fall von Porencephalo-Hydrocephalia interna traumatica unilateralis permagna. Deutsche Zeitschr. f. Chir., **116**, S. 226.

Browning und Lintz (1) injizierten bei Lues des Zentralnervensystems die eigene Zerebrospinalflüssigkeit des Patienten subkutan und sahen sehr gute Erfolge.

Fornaca (3) sah bei Injektion von 20 cm^3 physiologischer Kochsalzlösung in den Lumbalsack inkontinenter Kranken gar keine Erfolge, es traten höchstens Schmerzen oder Spasmen auf.

In der Diskussion zum Vortrage Caspers (2) über Therapie der Inkontinenz (durch endovesikale Kauterisation) empfiehlt Hofstätter, die Enuresis nocturna durch Hypophyseninjektionen (Tonisierung der Blasenmuskulatur) zu beseitigen. Vor einiger Zeit empfahl man ebenfalls Hypophysenextrakt zur Behandlung der — Retentio urinae!

Rühräh (Amer. Journ. of the Med. Scienc., 143, S. 185) empfiehlt bei Kindern mit Hyperplasie des lymphatischen Rachenrings die Enuresis durch Schilddrüsenmedikation therapeutisch anzugehen. Tritt der Erfolg nicht sogleich ein, dann ist das Mittel nicht indiziert. Also doch wohl Suggestivwirkung, die noch prompter eintritt, wenn man Mercksche Thyreoidintabletten, die wesentlich schlechter schmecken und riechen als die englischen, verwendet.

Fraenkel (5) hat 6 Fälle von multipler Sklerose mit Fibrolysin „gebessert oder praktisch geheilt".

Von weiteren 52 Fällen reagierten 18 in keiner Weise auf die Fibrolysininjektionen; der Rest wurde meist hochgradig gebessert. Kontraindiziert ist Fibrolysin bei akuter Sklerose.

Halbey (6) empfiehlt zur Bekämpfung chronischer Erregungszustände die alternierende Behandlung mit verschiedenen Narkotizis.

Am ersten Tage Sulfonal ($3 \times 0{\cdot}5 - 1{\cdot}0$).
Am zweiten Tage Trional ($3 \times 0{\cdot}5 - 1{\cdot}0$).
Am dritten Tage Veronal ($3 \times 0{\cdot}5 - 0{\cdot}8$).
Am vierten Tage Chloral ($3 \times 0{\cdot}5 - 1{\cdot}0$).

Vielleicht erweist sich die Kombinationstherapie anderen Kollegen erfolgreich. Ich habe versuchsweise 2 agile Idioten (12 und 14 Jahre alt) völlig erfolglos nach der angegebenen Methode behandelt.

Krause (7) berichtet u. a. über 2 Fälle von organisch bedingter Epilepsie (Zysten des Seitenventrikels) bei 7½- und 10jährigen Mädchen. Ferner über eine Kleinhirnzyste bei einem 12jährigen Mädchen mit Tumorerscheinungen. In allen 3 Fällen war die Operation erfolgreich auch in bezug auf die geistige Entwicklung.

Kopp (8) berichtet über folgenden Fall: Trauma im 3. Lebensjahre. Epilepsie mit 12 Jahren. Operation im 16. Jahr. Es fand sich eine Höhlung, welche zirka 450 cm^3 Flüssigkeit faßte! Trotzdem nur geringgradige Ausfallserscheinungen. Völlige Heilung.

Bei einem 13jährigen Jungen mit Hydrozephalie wurde, wie Frommowicz (4) mitteilt, durch 14 Lumbalpunktionen innerhalb von 4 Monaten fast ½ l Liquor entleert. Dabei war der Versuch

gemacht worden, eine direkte Verbindung von subduralem und subarachnoidalem Raum dadurch zu erreichen, daß man bei der Punktion die Dura (durch entsprechende Nadelbewegungen) zu schlitzen suchte.

Ein Erfolg der systematischen Lumbalpunktionen war unverkennbar: die Intelligenz besserte sich, die ataktischen Bewegungen der Oberextremität ließen nach, die Störungen der Blaseninnervation schwanden und die epileptiformen Anfälle sistierten.

Spezielle operative Therapie: Balkenstich.

1. **G. Anton.** Indikationen und Erfolge der operativen Behandlung des Hirndruckes. Deutsche med. Wochenschr., **38**, S. 254.

2. **Derselbe.** Balkenstich und Epilepsie. 18. Vers. mitteldeutscher Psych. u. Neurol., Halle 1912.

3. **F. Bychowski.** Beiträge zur Diagnostik und chirurgischen Behandlung der Gehirnkrankheiten. Medycyna, **22**, **23**, Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref., **5**, S. 915.

4. **E. Schumacher.** Entlastungstrepanation oder Balkenstich bei Turmschädel mit Hirndruckerscheinungen? Münchener med. Wochenschrift, 59, S. 2282.

Anton (1) geht in einer Anzahl von Publikationen und Vorträgen auf den Balkenstich ein: Verletzungen der Venen sind beim Balkenstich nicht zu vermeiden, die Arteria corpor. callos. kann dagegen bei Anwendung stumpfer Kanülen nicht verletzt werden. Die Punktionsöffnung bleibt, wie Obduktionen zeigen, meist durchgängig.

Bei 12 von 17 Fällen mit Hydrozephalus wurden durch den Antonschen Balkenstich die Paresen oder Spasmen gebessert. Gelegentliche Todesfälle an interkurrenten Erkrankungen fallen der Methode nicht zur Last. Anton befürwortet, in solchen Fällen, bei denen die Stauungspapille nicht zurückgeht, die Optikusscheide zu inzidieren. Bei Lues cerebri könne im Anschluß an den Balkenstich eine Sublimatdurchspülung von den Ventrikeln aus vorgenommen werden.

Deutschländer (Hamburg) demonstrierte einen fast verblödeten 2jährigen Knaben mit angeborenem Wasserkopf und Turmschädel, bei welchem durch Balkenstich eine auffallende Besserung erzielt wurde.

Anton (2) heilte ferner einen Fall genuiner Epilepsie durch Balkenstich.

Bychowski (3) berichtet ebenfalls über einen außerordentlich erfolgreichen Balkenstich. Ein 11jähriges Mädchen mit Neuritis optica (Visus herabgesetzt auf Handbewegungen vor dem Auge) wurde nach Balkenstich innerhalb von 8 Monaten wieder normalsichtig.

Verf. glaubt, daß durch den Balkenstich ein Hydrozephalus im III. Ventrikel, speziell im Recessus chiasm. nerv. opt., beseitigt wurde. Es fehlten nämlich sonstige Herdsymptome oder Hirndruckerscheinungen. (Ein klares Bild des Falles kann man sich nicht bilden.)

Bei Turmschädel mit Hirndruckerscheinungen will Schuhmacher die Trepanation vorgezogen wissen. Er erlebte nämlich einen Exitus infolge Sinusthrombose bei einem Turmschädel, der insofern zwecklos mittels Balkenstiches operiert wurde, als keine Vermehrung des Liquor vorhanden war. Die Hirndruckerscheinungen waren anscheinend nur durch das Mißverhältnis zwischen Schädelkapsel und wachsendem Gehirn bedingt. In solchem Falle ist der Balkenstich natürlich deplaciert.

Foerstersche, Stoffelsche[1]) Operation.

1. **L. E. Bregman.** Zur Kenntnis der Krampfzustände des jugendlichen Alters. Neurol. Zentralbl., **31**, S. 885.
2. **Clark** und **Taylor.*** An analysis of the results of dorsal root section in the treatment ot the spastic state of cerebral diplegia. New York Med. Journ., **95**, S. 729.
3. **O. Foerster.** Die Behandlung spastischer Lähmungen mittels Resektion hinterer Rückenmarkswurzeln. Zeitschr. f. orthop. Chir., **30**, Beiheft S. 269.
4. **Goldenberg.** Spastische Diplegie. Zentralbl. f. Chir., **39**, Beiheft, S. 30.
5. **S. Kofman.** Erfahrungen mit der Stoffelschen Operation. Zeitschr. f. orthop. Chir., **30**, Beiheft, S. 27.
6. **P. Guradze.** Beitrag zur Stoffelschen Operation. Ebenda, S. 22.
7. **H. Higier.** Förstersche Hinterwurzeldurchschneidung, Spitzysche Nervenimplantation und Stoffelsche elektive Nervendurchtrennung in einem Falle von spastischer Armlähmung nach juveniler akuter Enzephalitis. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Orig., **13**, S. 505.
8. **L. Pussep.*** Operative Behandlung spastischer Lähmungen. Ruskij Wratsch, **10**, S. 36.
9. **K. v. Schiller.*** Die Behandlung der spastischen Paralyse mittels Resektion der peripherischen Nerven. (Stoffelsche Operation.) Budap. Orvosi Ujsag, **10**, S. 432.
10. **O. Vulpius.** Sehnenoperationen und Nervenoperationen bei spastischen Lähmungen. Münchener med. Wochenschr., **59**, S. 1491.

Foerster (3) überblickt die Resultate seiner Operationsmethode: Von 119 Fällen starben 11%. Von 59 Littlekranken starben 8, ohne jeden Erfolg operiert wurden 5. Bei multipler Sklerose starben 50% (4 von 8) und von den 4 Überlebenden wurden nur 2 gebessert. Bei Idioten ist die Radikotomie völlig zwecklos. Bei spastischer Paraplegie z. B. auf luetischer Grundlage muß natürlich erst die Lues beseitigt sein, ehe eine Operation Zweck hat. Überhaupt muß der Krankheitsprozeß ein abgelaufener oder nur ganz langsam fortschreitender sein, wenn man eingreifen will. Auch muß ein gewisser Rest kortikospinaler Fasern vorhanden sein, sonst wird aus der spastischen Lähmung operativ nur eine schlaffe.

Kofman (5) ist mit der Stoffelschen Operation (Nervenresektion bei spastischen Lähmungen) sehr zufrieden, desgleichen Guradze (6).

---

[1]) Siehe Monatsschr. f. Kinderheilk., Ref. **12**, S. 394.

Goldenberg (4) operierte mit gutem Erfolg nach Foerster.

Higier (7) sah dagegen bei einem Mädchen mit postenzephalitischer, spastischer Armlähmung weder durch Radikotomie, noch durch Implantation des Medianus in den Radialis, noch endlich durch die Stoffelsche Operation einen wesentlichen Erfolg.

Vulpius (10) lehnt sowohl die Stoffelsche wie die Foersterschc Operationsmethode bei spastischen Lähmungen ab. Die erste, weil sie in allen Fällen zu Rezidiven geführt habe, die letztere, weil die Orthopädie auch ohne dieselbe Ebenbürtiges geleistet habe(?).

Clarc. und Taylor (2) treten dagegen für die Radikotomie ein, desgleichen Pussep.

v. Schiller (9) operierte 3 Fälle von spastischen Kontrakturen nach Hemiplegie sämtlich ohne Erfolg nach Stoffel.

Ohne Erfolg war die Radikotomie bei Torsionsneurose (Bregman) (1).

V.

Nachtrag.

In der neurologischen Literatur des Jahres 1912 beansprucht das Handbuch der Nervenkrankheiten im Kindesalter von Bruns-Cramer-Ziehen (Karger, Berlin, 980 Seiten) das Hauptinteresse der Kinderärzte was die Qualität des Herausgeberdreigestirns anbelangt und den erstklassigen Preis (broschiert Mark 30!) anbetrifft.

Es ist nicht meine Absicht, hier ein Referat dieses Werkes zu geben; ich hoffe, daß die berufenere Feder Thiemichs uns dasselbe nicht vorenthalten wird. Aber schließlich darf ein Sammelreferat der Pädoneurologie von 1912 nicht an diesem Handbuche vorübergehen.

Ich muß offen gestehen, daß mir bei häufiger Konsultation des Handbuches die Tatsache unangenehm aufgefallen ist, daß man eigentlich nur dem dritten Teil, der von Ziehen verfaßt ist und fast die Hälfte des Werkes einnimmt: Die Krankheiten des Gehirns und der Hirnhäute im Kindesalter, die Bezeichnung Handbuch zu geben vermag. Die beiden anderen Teile: Cramer: Nervosität, Hysterie, Epilepsie, Chorea, Stottern, Tics; Bruns: Krankheiten des Rückenmarkes und der peripheren Nerven, sind lehrbuchmäßig geschrieben, oft genug nicht einmal das, nähern sie sich dem Leitfaden, Grundriß, Kompendiumgenre. Es sei gestattet, hier kritische Worte einer Autorität unserer Disziplin (v. Pfaundler, Münchener med. Wochenschr., 1912, S. 2516) zu rekapitulieren.

„Das Vorwort verspricht eine besondere Hervorhebung der für das Kindesalter sozusagen spezifischen Nervenkrankheiten. Prüft man daraufhin den ersten Abschnitt, der von den funktionellen Neurosen handelt, so sieht man sich enttäuscht. Die Epilepsie ist sehr breit abgehandelt. Zwischen zwei ihrer Kapitel findet man auf äußerst beschränktem Raum unter einem Subtitel das Wichtigste aller em-

schlägigen Themata, die Kinderkrämpfe auf spasmophiler Grundlage, besprochen. Das nachfolgende Kapitel über die Ätiologie der Epilepsie allein füllt mehr als doppelt so viel Raum! Die für einen mit dieser Materie Vertrauten heute überaus dankbare Darstellung ist unübersichtlich und lückenhaft. Verfasser setzt „Spasmophilie = Säuglingskrämpfe“; er brauchte jenes Fremdwort nur zu übersetzen, um zu sehen, daß das falsch ist. Auch weiterhin ist nirgends mit ausreichender Schärfe spasmophiler Zustand von Manifestationen der Diathese geschieden. Viele Einzelheiten, auch praktisch sehr wichtige, sind nicht erwähnt (z. B. die Hirnkalkfrage, das Peronäusphänomen, die Forschungen Zybells, ja sogar die Phosphorlebertranbehandlung!). Das schlimmste Versehen aber ist, daß der Stimmritzenkrampf, eine der allervulgärsten und wichtigsten Neurosen im Kindesalter, weder hier noch anderswo im Buche abgehandelt wird. Sucht man im Index unter Laryngospasmus und allen seinen vielen Synonymen, so findet man einen einzigen Hinweis auf eine Textstelle, wo es heißt, daß es sich bei den Wutkrämpfen nicht um Laryngospasmus handle — eine Behauptung, die nach Ibrahims (unberücksichtigten) Studien über erstere Affektion nicht einmal zutrifft. Wie eine so stiefmütterliche Behandlung dieser Dinge möglich war, erfährt man durch den Verfasser selbst: er hat von Kindertetanie im Verlaufe langer Jahre nur ganz vereinzelte Fälle gesehen. Damit mag es auch zusammenhängen, daß er die Frequenz des Vorkommens von Kinderkrämpfen auf 1% aller Säuglinge schätzt. Man fragt sich, ob die Wahl dieses Bearbeiters unter solchen Umständen eine glückliche war und ob auf diesem Gebiete nicht am Ende jeder Neurologe nur ein mit mehr oder weniger Geschick und Verständnis abgefaßtes Exzerpt aus der pädiatrischen Literatur bringen wird.

Der folgende Abschnitt (Rückenmark und periphere Nerven) befriedigt weit mehr. Manches ist dem auf dem Gebiete der Nervenkrankheiten im Kindesalter erfahrenen Autor allerdings doch entgangen, z. B. der interessante Typus von Entbindungslähmung nach Goetti. Äußerst instruktiv ist der letzte Abschnitt (Gehirn und Gehirnhäute), namentlich auch für den Fachkinderarzt. Was Ziehen hier bietet, ist weit mehr als ein gutes Lehrbuch, es ist vielfach eine Reform des Systems, die dem Verhältnis und der fortschreitenden Erkenntnis in gleichem Maße dienen wird. Man lese beispielsweise das Kapitel über die kortikalen Aplasien und Dysplasien (Littlegruppe), die Auseinandersetzungen mit den traditionellen Begriffen der zerebralen Kinderlähmung, Mikrozephalie usw. Auch die Literatur ist hier in dankenswerter Weise sorgfältig berücksichtigt und angeführt.

Es muß endlich gesagt werden, daß die Textbilder fast durchwegs miserabel sind. Dies liegt aber nicht an dem Bildermaterial, sondern an der Reproduktion, besonders am Papier. In gleicher Weise, wie das im selben Verlag erschienene wundervolle Lehrbuch Oppenheims, ist das vorliegende Werk durch Figuren verunziert, die, wie beispielsweise Fig. 12, 15, 46 und viele andere, viel mehr als Rußflecken darstellen und die man bei der heutigen Technik doch wahrhaftig nicht mehr zu bieten wagen sollte.“

Damit sind aber durchaus nicht alle Mängel des Handbuches erschöpft.

Im Vorworte heißt es: „Ein allgemeines Kapitel über die Untersuchungsmethoden und die Semiologie des Nervensystems im Kindesalter und auch eine ausführliche allgemeine anatomisch-physiologische Einleitung erschien uns überflüssig, da wir alle in Betracht kommenden Methoden und Tatsachen ausführlich in den einzelnen Teilen des Buches berücksichtigt haben.“

Um über diagnostische Methodik, über Standardzahlen, über Semiotik unterrichtet zu werden, ist man also gezwungen, erforderlichenfalls in Hunderten von Seiten umherzusuchen! Wie störend ferner spezielle und allgemeine semiotische Angaben und Abbildungen „in den einzelnen Teilen des Buches" wirken, belehrt ein Blick in die Cramersche Abhandlung über Nervosität.

Die ganz natürliche Folge dieser Auflösung der Symptomatologie sind Widersprüche der Mitarbeiter. Um nur einen zu erwähnen: Nach Cramer trifft man den positiven Babinski in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres „nicht selten", nach Bruns ist er dagegen bis zum vollendeten Gehenlernen, d. h. bis Ende des zweiten Jahres, „immer" anzutreffen.

Die Lehre vom jugendlichen Schwachsinn ist heute bereits so weit kritikbeständig, daß man sie in einem Handbuche der Nervenkrankheiten des Kindesalters nicht ignorieren sollte. Der jugendliche Schwachsinn spielt ja fortwährend in das Kapitel der Hirnveränderungen hinein. Auch das Wechselspiel zwischen innerer Sekretion und Neurologie (Basedow!), Schwachsinn und Infantilismus hätte ein eigenes Kapitel verdient.

Wer sich genauere Informationen über Enuresistherapie, abortive Formen der Heine-Medinschen Krankheit, zerebrale Symptome oder Veränderungen des Zentralnervensystems bei Ernährungsstörungen, über Hitzschlag, Stoffwechselfragen, Adipositas dolorosa holen will, wird enttäuscht sein über die Dürftigkeit des Gebotenen. Kein Wort über Scapula scaphoidea, über Spasmus nutans, Dermographie, Rektumprolaps der Neuropathen, über Headsche Zonen, Herzgeräusche bei Neuropathen, über Katalepsie kleiner Kinder. Bei der Opiumbromkur von Flechsig fehlt ein Hinweis auf die jüngste größere Publikation über Erfahrungen der Czernyschen Klinik mit dieser ganz problematischen Behandlungsmethode.

Cramer wendet keine Chloralhydratklysmen an „wegen Kollapsgefahr". Weil gelegentlich mal ein neuropathischer Säugling auf ein Chloralklysma hin kollabiert ist, darf man ein so außerordentlich wichtiges Mittel doch nicht generell ablehnen.

Es mag schließlich nebensächlich sein, ist aber ein deutlicher Hinweis auf die lockeren Beziehungen zweier Mitarbeiter zur pädiatrischen Literatur, wenn andauernd der Name Wickman falsch geschrieben wird oder mehrfach Stoeltner zu lesen ist.

Wozu endlich — so frage ich — schreibt man ein Handbuch, wenn fast in jedem zweiten Kapitel auf diesen und jenen Autor, auf diese und jene Publikation verwiesen wird, wo man „ausführlicher" Aufschluß erhält?

Es soll gewiß anerkannt werden, daß namentlich der Ziehensche Abschnitt als Ganzes imponierend wirkt. Aber hätte man die zahlreichen Lücken und Mängel, die dem Handbuche anhaften, nicht vermeiden können? Wir Kinderärzte haben nicht die geringste

Veranlassung, diese Unvollkommenheiten zu übersehen. Im Gegenteil; da die Autoren keines pädiatrischen Mitarbeiters bedurften, um ein Werk über kranke Kinder zu schreiben, so ist, schon um unserer Selbstachtung willen, schärfste Kritik vonnöten. Es muß leider bedauernd gesagt werden, daß das Bruns-Cramer-Ziehensche Werk dem derzeitigen Stand der Kinderheilkunde nicht Genüge trägt.

* * *

Nun will ich dem Leser aber nicht vorenthalten, daß führende Männer der deutschen Pädiatrie ganz anderer Meinung in dieser Frage sind. Der Verleger Karger druckt folgende zwei Empfehlungen ab.

Archiv für Kinderheilkunde: — — — Mit den zu allerbesten gehört das vorliegende Werk; begreiflicherweise! — ist es doch von Meistern geschrieben. Hier tritt an Stelle des Kritikers der Lernende, der auf Schritt und Tritt von dem aus dem Vollen von Erfahrung und Sachkenntnis Mitgeteilten sich Aufklärung und neue Kenntnis zu schaffen vermag. Möge man behufs Aufhellung eines einzelnen Falles oder Übersichtnahme eines ganzen pathologischen Komplexes das Buch zu Rate ziehen, man wird in jedem Augenblicke, freudig überrascht von der Fülle sowohl wie von der Darstellung und Anordnung des Lehrreichen, das das Buch bietet, den Genuß der erreichten Absicht haben. — — — — So ist also ein Werk geschaffen, für welches wir den Autoren selbst und auch der Verlagsbuchhandlung nur den wärmsten Dank auszusprechen vermögen. Baginsky.

Deutsche Medizinische Wochenschrift: Drei hervorragende Fachmänner haben sich vereinigt, um ein Werk zu schaffen, für welches ein tatsächliches Bedürfnis vorlag. Das Werk ist im wahren Sinne des Wortes ein Handbuch, in welchem nicht nur der Anfänger, sondern auch der belesene und erfahrene Arzt eine sorgfältige Darstellung des gegenwärtigen Standes der Lehre von den Nervenkrankheiten im Kindesalter und der großen persönlichen Erfahrung der Verff. findet. Czerny.

Es ist ein Beweis „großer persönlicher Erfahrung", wenn Cramer erklärt: „im Verlaufe langer Jahre sind mir nur vereinzelte Fälle von Tetanie vorgekommen"!

Ich bitte ferner nachzuschlagen über

Pseudotetanus,
Narkolepsie,
Friedmannsche Absenzen,
Lyssa,
Vergiftungen,

Intelligenzprüfung,

Chemie des Gehirnes und der Nerven,

Spitzysche oder Stoffelsche Operation und endlich über Bedingungsreflexe.

Von alledem findet man in dieser „sorgfältigen Darstellung des gegenwärtigen Standes der Lehre von den Nervenkrankheiten im Kindesalter" — kein Wort.

Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.

Josef Bondi. *Das Gewicht der Neugeborenen und die Ernährung der Mutter.* (Wiener klin. Wochenschr., 1913, S. 1026.)

Der Fötus entzieht der Mutter, selbständig und ganz unabhängig von dem Ernährungszustande derselben, Nährstoffe und wächst in ähnlicher Weise unabhängig heran wie etwa ein maligner Tumor. Die Ernährung der Mutter kann demnach als maßgebender Faktor für die Entwicklung der Frucht ausgeschlossen werden. Die Entziehungskur bei Schwangeren zur Erzielung kleiner Kinder hat keine Berechtigung. Für das Gewicht des Neugeborenen ist vor allem die Vererbung von Einfluß, ferner das Alter des Eies bei der Befruchtung, endlich akzidentelle Umstände (Erkrankungen der Mutter, Wirkung der inneren Sekrete mütterlicher und fötaler Organe).

Reuß (Wien).

Wilcox and **Hill.** *Proteinmilk as a corrective of digestive disturbances.* (Eiweißmilch bei Verdauungsstörungen.) (Americ. Journ. Dis. Children, April 1913.)

Verff. stimmen den anderen Erfahrungen bei. Sie empfehlen die Verwendung abgerahmter Milch, und raten die Entziehung der Eiweißmilch mit den ersten Zeichen der Besserung.

Wachenheim (New York).

Hoobler. *Proteinmetabolism in infants fed on Proteinmilk.* (Eiweißumsatz bei Fütterung mit Eiweißmilch.) (Americ. Journ. Dis. Children, April 1913.)

Das zugefügte Eiweiß ist schadlos und ersetzt kaum den vorausgegangenen Eiweißverlust, es ergänzt den niedrigen Kalorienwert der anderen Nährstoffe. Im Stuhle nehmen Säuregehalt, freie Fettsäuren und Wasser ab, der Seifengehalt nimmt dagegen zu. Die Retention der Mineralsalze bessert sich; es muß demnach die Neigung zu Diarrhöen abnehmen. Die erwähnten Resultate bedürfen bloß 3 bis 4 Tage, so daß die Anwendung von Eiweißmilch bald ausgesetzt werden darf.

Wachenheim (New York).

Arnold Benfey. *Die Finkelsein-Meyersche Eiweißmilch.* (Sammelreferat, Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVII, S. 475—488.)

E. Feer. *Säuglingsernährung mit einer einfachen Eiweiß-Rahmmilch.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVIII, S. 1—46.)

Als einen billigeren und einfacher herzustellenden Ersatz für die Eiweißmilch empfiehlt Verf. eine Eiweißrahmmilch. Fast allgemein bewährte sie sich in folgender Zusammensetzung: 500 g Vollmilch, 50 g 20%igen Rahms, 10 bis 15 g Nährzucker, 15 g Plasmon, 600 g Wasser. Der Kalorienwert ist für 1 Liter auf etwa 600 zu veranschlagen. Der berechnete Salzgehalt entspricht auch im einzelnen ziemlich genau der Eiweißmilch. Rahm von dem geforderten Fettgehalt kann im Haushalte gewonnen werden, wenn man ½ Liter rohe Milch 4 bis 6 Stunden stehen läßt und mit kleinem Löffel 25 cm^3 (Meßzylinder) Rahm abschöpft. Die Eiweißrahmmilch eignet sich als Dauernahrung für gesunde Säuglinge. In einem Falle trat nach 3 Monate langer Verwendung eine Barlowsche Krankheit leichten Grades auf. Leichte Rachitis wurde einige Male, schwere Rachitis bei 3 Säuglingen beobachtet. Als Heilnahrung soll die Eiweißrahmmilch in ähnlicher Weise verwendet werden wie die Eiweißmilch, der sie sich als gleichwertig erweist. Nur in der Steigerung des Kohlehydratgehaltes ist größere Vorsicht geboten.

H. Vogt.

A. Frank und **K. Stolte.** *Beitrag zur Kenntnis des Mehlnährschadens.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVIII, S. 167—176.)

Die Analyse der Leber bei 2 Fällen von Mehlnährschaden ergab einen verhältnismäßig hohen Wassergehalt und eine Kochsalzaufspeicherung in der Leber. Da sich bei ausgesprochenem Mehlnährschaden häufig auch Ödeme entwickeln, so ist die Vermutung gerechtfertigt, daß der ganze Körper wasserreicher wird. Der Gehalt der untersuchten Lebern an Stickstoff und Fett und an Aschenbestandteilen, abgesehen von den löslichen Alkalien, zeigte keine gesetzmäßigen Abweichungen von der Norm. H. Vogt.

E. Küster (Berlin). *Die Gewinnung und Züchtung keimfreier Säugetiere.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 33, S. 1586—1588.)

Durch eine recht komplizierte Anlage gelang es Küster, 2 durch Kaiserschnitt keimfrei entwickelte Ziegen 13 respektive 36 Tage völlig keimfrei zu erhalten. Die Tiere gediehen genau so gut, wie die unter normalen Bedingungen aufgezogenen.

Nagel-Hoffmann.

Milch.

Jordan. *Aspects of the milk supply: some features of the milk situation.* (Gewisse Ansichtspunkte der Milchversorgung.)

Foord. *Production of certified milk.* (Erhaltung bescheinigter Milch.)

De Normandie. *The medical milk commission of Boston.* (Der ärztliche Milchausschuß in Boston.) (Boston Med. and Surg. Journ., 24. April 1913.) Wachenheim (New York).

Stoffwechsel.

Ladd. *Gastric motility in infants as shown by the Röntgen ray.* (Röntgennachweis der Magenmotilität des Säuglings.) (Americ. Journ. Dis. Children, Mai 1913.)

Merkwürdig ist die geringe Peristaltik bei Säuglingen. Der Speisebrei passiert das Duodenum sehr rasch. Nahrungsaufnahme bei noch nicht leerem Magen beschleunigt die Entleerung. Bei Pylorusstenose dagegen tritt Peristaltik sehr stark hervor. Sehr gute Röntgenbilder. Wachenheim (New York).

H. Hahn. *Die Durchlässigkeit des Magendarmkanals ernährungsgestörter Säuglinge für an heterologes Eiweiß gebundenes Antitoxin.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVII, S. 405—421.)

Bei Aufnahme größerer Mengen von Diphtherieantitoxin mit der Nahrung kam es unter 23 Fällen 5mal zum Übergang sicher nachweisbarer Mengen Antitoxin in das Blut des Säuglings. Alle Kinder litten zur Zeit des Versuchs an schwerer Ernährungsstörung oder hatten eine solche überstanden. H. Vogt.

F. Lust. *Die Durchlässigkeit des Magendarmkanals für heterologes Eiweiß bei ernährungsgestörten Säuglingen.* (Klinische und experimentelle Untersuchungen.) (Jahrb. f. Kinderh., LXXVII, S. 243 bis 276 und 383—404.)

Bei Säuglingen, die frei von Ernährungsstörung sind, stellen etwa 55 bis 60 g Hühnereiweiß die Menge dar, die man noch verabreichen kann, ohne daß der Übergang von Hühnereiweiß in den Harn durch die Präzipitinmethode nachweisbar wird. Bei schweren, akuten Ernährungsstörungen erfolgt der Übergang von kleinen Mengen Hühnereiweiß in den Harn schon nach Verabreichung kleinerer Mengen und auch bei chronischen Ernährungsstörungen ist die Toleranzbreite etwas herabgesetzt. Rindereiweiß scheint nicht so leicht als Hühnereiweiß in den Harn überzutreten. Kaninchen, die nach Zuckerfütterung heftige Durchfälle bekamen, wiesen ebenfalls nach Fütterung mit Rinderserum kleine Mengen davon in ihrem Serum auf. H. Vogt.

Kurt Frank und **Georg Wolff.** *Der Stoffwechsel eines atrophischen Säuglings.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVIII, Ergänzungsheft, S. 1—28.)

Die Untersuchung des Gesamtstoffwechsels bei einem 4½ Monate alten atrophischen Säugling bei Ernährung mit Eiweißmilch ergab eine im Vergleiche zu früheren Beobachtungen auffallend hohe Kohlensäureausscheidung und Wärmeproduktion. Aus den Versuchsergebnissen berechnen die Verf., daß das Kind während der Beobachtungszeit Fett vom Körper eingeschmolzen und Eiweiß angesetzt hat. H. Vogt.

Parker. *Metabolism of a child with complete absence of the bile from the intestines.* (Stoffwechsel eines Kindes mit totaler Abwesenheit von Galle im Darm.) (Americ. Journ. Dis. Children. Mai 1913.)

Der Stickstoffumsatz war normal, der Fettumsatz stark reduziert, das Körpergewicht nahm nicht ab, weil der Fettverlust durch die normale Verdauung des Eiweißes und der Kohlehydrate ergänzt wurde. Wachenheim (New York).

Kurt Meyer. *Zur Kenntnis des Mineralstoffwechsels bei der Rachitis.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVII, S. 28.)

Bei Ernährung mit sogenannter molkenadaptierter Milch, die aus kleinen Mengen Milch mit Zusatz von Sahne, Nährzucker, Plasmon oder Nutrose und eventuell Mondamin besteht, trat verhältnismäßig häufig Rachitis der Säuglinge auf. Aus diesem Grunde hat Verf. eine Anzahl Stoffwechselversuche bei dieser Nahrung ausgeführt. Diese ergaben einen hohen Gehalt des Stuhls an Seifen, eine ungenügende Retention von Kalk sowie geringe Retention von Phosphorsäure. Durch Lebertranverabreichung wurde der Seifengehalt des Stuhls vermindert und die Retention von Phosphorsäure und besonders von Kalk begünstigt. Die Alkalien verhielten sich im allgemeinen umgekehrt wie der Kalk, d. h. der geringen Kalkretention entsprach eine günstige Verwertung der Alkalien, während die Alkalibilanz durch Lebertran ungünstig beeinflußt wurde.

H. Vogt.

Gustav Jörgensen. *Untersuchungen über Kochsalzfieber bei Säuglingen.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., XII, 1913, S. 386.)

Untersuchungen haben gezeigt, daß die Fieberreaktion nach subkutaner Injektion von physiologischer Kochsalzlösung ausschließlich bakteriellen Ursprunges ist, indem die Reaktion bei Anwendung sterilisierter, bakterienhaltiger Lösungen konstant eintritt und konstant ausbleibt, wenn frische Lösungen angewendet werden.

Hierdurch ist eine Fehlerquelle von entscheidender Bedeutung nachgewiesen, auf die man in den früheren Arbeiten über diesen Stoff keine Rücksicht genommen hat, und aus diesen Arbeiten kann

man deswegen keinen Nutzen mehr ziehen für die Theorie des alimentären Fiebers.

Diese Lehre läßt sich deswegen kaum als eine nur einigermaßen entschiedene Frage betrachten, sondern erfordert fortgesetzte Untersuchungen. Autoreferat.

Maurice Dubois und **Karl Stolte.** *Abhängigkeit der Kalkbilanz von der Alkalizufuhr.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVII, S. 21—27.)

Die günstige Wirkung, die Malzextrakt und ebenso Vegetabilien auf den Verlauf einer Rachitis ausüben, ist möglicherweise so zu verstehen, daß Alkalizufuhr die Kalkbilanz des Organismus günstig beeinflußt. Diese Auffassung haben die Verff. im Stoffwechselversuch geprüft, indem sie den Einfluß einer Alkalizulage zur Nahrung auf die Kalkbilanz feststellten. Dabei ergab sich in der Tat, daß die Kalkretention günstig beeinflußt wurde. Die Wirkung der Alkalien auf den Kalkansatz kann zum Teil darin bestehen, daß bei Alkaligegenwart statt unlöslicher Kalkseifen lösliche Alkaliseifen entstehen. Wichtiger ist aber wohl der Umstand, daß durch Resorption von Alkaliseifen dem Organismus Vorräte an Alkali zur Verfügung gestellt werden, die ihm erlauben, Phosphorsäure in Form von Kalziumphosphat abzulagern. H. Vogt.

Else Liefmann. *Die Azetonausscheidung im Urin gesunder und spasmophiler junger Kinder.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVII, S. 125—145.)

Bei normaler Nahrungszufuhr schwankt die 24stündige Azetonausscheidung von Kindern im Alter bis zu 2 Jahren zwischen 1 bis 5 mg und die relativen Werte gehen nicht über 0·7 mg hinaus. Die auf das Körpergewicht bezogene Ausscheidung an Azeton ist im 1. Lebensjahr etwas größer als im zweiten. Verminderung des Kohlehydratgehaltes und Steigerung des Fettgehaltes der Nahrung treiben die Azetonwerte in die Höhe. Erbrechen hat keinen Einfluß auf die Größe der Azetonausscheidung, solange es mit ausreichender Nahrungsaufnahme vereinbar ist. Bei einer Anzahl Kinder, die an latenter Spasmophilie und an Krämpfen auf spasmophiler Grundlage litten, fand sich eine abnorm hohe Azetonausscheidung.

H. Vogt.

Gottfried v. Ritter. *Über die klinische Verwendbarkeit der Azetonreaktion in der Kinderpraxis.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVII, S. 146—162.)

Verf. betrachtet die Azetonreaktion im Harne als einen wertvollen diagnostischen Hinweis auf Intoxikationsvorgänge im Magendarmkanal. Doch muß er selbst über Erfahrungen berichten, die dartun, daß man bei solchen Schlußfolgerungen diagnostischen Irrtümern anheimfallen kann. Das wird denjenigen nicht überraschen, dem die Bedingungen geläufig sind, unter denen es zum Auftreten einer Azetonurie kommen kann. H. Vogt.

P. Freund (Hamburg). *Vermehrte Glykuronsäureausscheidung bei Säuglingstetanie.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 35, S. 1675.)

Freund sah vermehrte Glykuronsäureausscheidung bei einem 5 Monate alten Säugling mit hochgradiger spasmophiler Diathese bei relativ kohlehydratreicher Nahrung. Nagel-Hoffmann.

Hans Kern. *Über Harnsäureausscheidung bei exsudativen Kindern und ihre Beeinflussung durch Atophan.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVIII, S. 141—155.)

Verf. hat bei einer Anzahl von Kindern mit und ohne Symptome von exsudativer Diathese die Ausscheidung von Harnsäure im Harne nach Zufuhr von Kalbsbries respektive von nukleinsaurem Natron untersucht. Er findet, daß die mit exsudativer Diathese behafteten Kinder im Gegensatz zu anderen eine verzögerte Harnsäureausscheidung aufweisen. Er muß allerdings zugeben, daß die Verzögerung nur bei einem Teil der Fälle deutlich war, sowie daß auch bei einem Kontrollkinde eine deutliche Verzögerung der Ausscheidung bestand. Von den Kontrollversuchen scheint nur einer an einem Säugling ausgeführt zu sein, während die Mehrzahl der Versuche an exsudativen Kindern Säuglinge betrifft. Atophan hatte in den Versuchen des Verf. dieselbe Wirkung wie beim Erwachsenen. Die Ausscheidung des Säuglings an endogener Harnsäure bleibt hinter der des Erwachsenen an Menge zurück, übertrifft sie dagegen, wenn man sie auf die Körpergewichtseinheit bezieht. H. Vogt.

Diathesen.

Ernst Freudenberg und **Ludwig Klocman.** *Untersuchungen zum Spasmophilie-Problem.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVIII, S. 47—62.)

Die Wirkung der Kalksalze auf die Symptome der Tetanie tritt schnell ein, klingt aber auch in kurzer Zeit wieder ab. Beim Phosphorlebertran handelt es sich im Gegensatz dazu um eine langsam eintretende, aber nachhaltige Wirkung. Die Verff. haben sich die Vorstellung gebildet, daß die Wirkung des Phosphorlebertrans so zustande kommt, daß der Phosphor die Oxydation des Lebertrans begünstigt und daß dabei an Oxygruppen reiche Körper entstehen, die zur Übertragung des Kalks auf die Gewebe oder zu seiner Verankerung nötig sind. Als eine Stütze dieser Vorstellung dienen ihre Beobachtungen über die Wirkung von Kalziumsaccharat und von oxydiertem Lebertran. Monokalziumsaccharat in Mengen von 10 bis 20 g täglich führt schnell zu einer Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit, doch erlischt die Wirkung alsbald mit dem Aussetzen des Präparates. Auch bei Gebrauch des „Oxyproduktes" tritt die

Wirkung bald ein, die Nachwirkung nach dem Aussetzen der Behandlung dauert verschieden lang. Am günstigsten ist der Erfolg bei Verwendung kleiner Kalkmengen neben dem „Oxyprodukt", dessen nähere Beschreibung einer späteren Mitteilung vorbehalten bleibt. H. Vogt.

Kurt Blühdorn (Göttingen). *Untersuchungen über die therapeutisch wirksame Dosierung von Kalksalzen mit besonderer Berücksichtigung der Spasmophilie.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Nr. 4. S. 185; vorl. Mitt. Berliner klin. Wochenschr., 1913, L, S. 1057.)

Das Resultat der Untersuchungen wird in folgender Weise zusammengefaßt:

1. Will man mit der Darreichung von Kalk eine rasche und sichere Wirkung erzielen, so müssen beim Säugling sehr große Dosen angewandt werden.

2. Das bestwirkende Kalksalz ist das nicht kristallisierte Kalziumchlorid. Andere Kalksalze haben zum mindesten keine Vorzüge.

3. Die Wirkung des Kalkes ist zwar prompt, aber vorübergehend. Er ist deswegen für die Behandlung der Spasmophilie bei akuten Erscheinungen sehr wertvoll, wenn freilich man auch im Krampfanfall auf Chloralhydrat nie verzichten wird.

4. Der Kalk eignet sich auch für die Dauerbehandlung der Spasmophilie, da man durch fortgesetzte relativ große Dosen (2 bis 3 g pro die) manifeste spasmophile Erscheinungen bis zur vollkommenen Genesung wird verhindern können, obwohl man auf die elektrische Erregbarkeit einen dauernden günstigen Einfluß nicht behalten kann.

5. Er erleichtert die diätetische Behandlung der Spasmophilie, weil er keine Beschränkungen in der Wahl der Ernährung auferlegt, sondern die Ernährung gestattet, die der Zustand des Kindes erfordert.

6. Will man sich von der Kalkbehandlung bei anderen Krankheiten (diffusem konstitutionellen Ekzem, Blutungen, spastischer Bronchitis [Asthma]) einen Erfolg versprechen, so werden die großen Dosen versucht werden müssen.

Dabei müssen wir uns stets vor Augen halten, daß der Kalk kein Heilmittel ist, sondern nur symptomatisch, vorübergehend wirkt, und daß seine Wirkung mit dem Aussetzen verschwindet.

Keller (Berlin).

W. Rindfleisch (Dortmund). *Status thymolymphaticus und Salvarsan.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, L, S. 542.)

Der eine der beiden Fälle, in denen nach Salvarsaninfusion plötzlicher Tod eintrat, betrifft einen 11jährigen Knaben mit schwerem Scharlach, dessen Prognose nicht absolut infaust war. Der Exitus trat zwar erst 24 Stunden nach der Infusion ein, aber der Zustand verschlimmerte sich unmittelbar danach so rapid.

daß der Verf. einen Zusammenhang annimmt. Die unmittelbar eintretende Verschlimmerung betraf die Kreislaufsverhältnisse (Pulsverschlechterung, Erbrechen und Diarrhöe). Die Autopsie ergab als Nebenbefund Status thymolymphaticus, und dies erscheint dem Verf. Grund genug, bei Verdacht von Status thymolymphaticus Salvarsan nur mit äußerster Vorsicht anzuwenden.

Keller (Berlin).

A. Schkarin. *Über Ekzema bei Säuglingen im Anschluß an die Lehre von Diathesen im Kindesalter.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVIII, S. 156—166.)

Fälle von Ekzem im Kindesalter besonders bei Säuglingen, die trotz diätetischer Behandlung keine Besserung zeigten, wiesen meistens Symptome von Spasmophilie auf und besserten sich nach Gebrauch von Kalkpräparaten, Phosphor und Lebertran oder Brom.

H. Vogt.

Infektionskrankheiten.

Rolleston. *Diphtheritic paralysis.* (Arch. of Ped., Mai 1913.)

Verf. weist tabellarisch nach, daß bei Serumeinspritzung am ersten Krankheitstage Lähmungen selten sind, und schwere Fälle kaum vorkommen. Ausgenommen die Herzlähmungen, die in den ersten 2 Wochen am häufigsten sind, kommen Paralysen zumeist ziemlich spät vor, bis 2 Monate nach dem ersten Befallensein.

Wachenheim (New York).

Teague. *Experiments bearing on droplet infection in diphtheria.* (Tröpfcheninfektion bei Diphtherie.) (Journ. Infect. Dis., Mai 1913.)

Die Experimente des Verf. mit Bac. prodigiosus ausgeführt, deuten darauf, daß die Gefahr der Übertragung der Diphtherie durch ausgehustete Tröpfchen nicht gering ist.

Wachenheim (New York).

Sexton. *Abortive types of small-pox.* (Abortive Pocken.) (Arch. of Ped., April 1913.)

Wegen der mangelhaften Ausführung der Schutzimpfung sind diese Fälle hier nicht sehr selten. Wachenheim (New York).

Sill. *The vaccine treatment of whooping-cough.* (Vakzinebehandlung des Keuchhustens.) (Americ. Journ. Dis. Children, Mai 1913.)

Verf. behandelte 33 Fälle; die Krankheitsdauer vor der Behandlung betrug durchschnittlich etwa 4 Wochen, nach der Einleitung der Behandlung etwas über 4 Wochen. In wenigstens einem

Drittel der Fälle scheint auch die Schwere der Krankheit unbeeinflußt gewesen zu sein. Der Wert der Methode ist demnach noch recht fraglich; zu bemerken ist das Fehlen irgend welcher Reaktion nach der Einspritzung. Verf. will auch prophylaktische Immunisierung erzielt haben. Wachenheim (New York).

Wilson. *Whooping-cough; its treatment with vaccine.* (Vakzinebehandlung des Keuchhustens.) (New York Med. Journ., 19. April 1913.)

Die Erfolge des Verf. sind nicht überzeugend; dagegen fällt die häufige Fieberreaktion nach der Einspritzung der Vakzine unliebsam auf. Kombination der Vakzine mit Natr. cacodylicum erzielte bedeutend bessere Resultate, doch sind die Ergebnisse einer derartigen Mischtherapie vom wissenschaftlichen Standpunkte als wenig wertvoll zu betrachten. Wachenheim (New York).

Morse. *Whooping cough: a plea for more efficient public regulations relative to the control of this most serious and fatal disease.* (Einrede für strengere öffentliche Vorschriften in bezug auf Keuchhusten.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 31. Mai 1913.)

Die Kenntlichmachung infizierter Kinder durch Kleidungsmerkmale wäre gewiß von einigem Nutzen. Bei der Schwierigkeit der Frühdiagnose sind die übrigen Ratschläge von zweifelhaftem Werte. Wachenheim (New York).

Berta Erlanger. *Über die Beziehungen zwischen Spasmophilie und Keuchhusten.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., XII, Nr. 8, S. 473.)

Frl. B. Erlanger berichtet über die Ergebnisse einer Untersuchungsreihe an 60 keuchhustenkranken Kindern im Alter von $1^2/_3$ Mon. bis 7 Jahren betreffend die „Beziehungen zwischen Spasmophylie und Keuchhusten".

Die Untersuchungen erstreckten sich auf die Prüfung der elektrischen (galvanischen) Erregbarkeit am Nervus medianus während der Monate November bis April, ausgeführt jeweils morgens und abends.

Die Keuchhustenfälle sind in 3 Gruppen eingeteilt, leichte, mittelschwere und schwere Fälle.

Es ergaben sich unter den 60 Keuchhustenfällen, darunter 43 Säuglinge:

für Gruppe I: 8 = 13·3%
für Gruppe II: 20 = 33·3%
für Gruppe III: 32 = 53·3%
60

Darunter fanden sich nur 11 Spasmophile, und zwar 9 ausgesprochene K.-Ö.-Z. (kleiner als 5 M.-A.) und 2 Grenzfälle (K.-Ö.-Z. = 5 M.-A.).

Davon entfallen auf:

Gruppe I: 1 = 12·5%
Gruppe II: 5 = 15%
Gruppe III: 5 = 15·6% (exklusive der Grenzfälle)
7 = 21·9% (inklusive der Grenzfälle).

Verf. kommt nach dem Ergebnis dieser Untersuchungen somit zu anderen Schlußfolgerungen als Wernstedt, Stockholm (cf. dessen Publikation „Über Pertussis [beziehungsweise pertussisähnlichen Husten] und spasmophile Diathese"), und zwar: „Auf Grund unserer Untersuchungsergebnisse kommt der spasmophilen Diathese in ihren Beziehungen zum Keuchhusten keine überwiegend beeinflussende Rolle für die Schwere des einzelnen Falles zu. Vielmehr scheint es uns berechtigt und notwendig, anderen Einflüssen, besonders aber den übrigen Konstitutionsanomalien des Kindesalters in diesem Zusammenhang größere Bedeutung beizulegen." Verf. weist noch darauf hin, wie hoch gerade die prognostisch ungünstige Beteiligung der Rachitis bei Pertussis in Anrechnung zu bringen ist, und bezieht sich dabei auf die der Arbeit angefügte Tabelle. Autoreferat.

N. Krasnogorski. *Gibt es einen spezifischen Geruch bei Infektionskrankheiten?* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVIII, S. 63—67.)

Fütterung eines Hundes in der Nähe scharlachkranker Kinder oder der Wäsche von solchen führte nicht zur Anbahnung eines bedingten Reflexes. Es gelingt also auf diesem Wege nicht, einen spezifischen Geruch Scharlachkranker nachzuweisen.

H. Vogt.

J. Tillgren und **A. Troell.** *Ein Fall von Arthritis paratyphosa tarsi.* (Wiener klin. Wochenschr., 1913, 22, S. 886.)

6jähriger Knabe. Nach Ablauf einer recht schweren paratyphösen Allgemeinerkrankung tritt in der 4. bis 5. Woche eine akute Gelenksentzündung im linken Fuß auf. Verlauf schleichend, an Tuberkulose erinnernd; geringes Fieber. Nach 2 Wochen Entleerung eines dünn-eitrigen Ergusses; Heilung erst nach 2 Monaten. Die bakteriologische Untersuchung ergab Paratyphus B. Reuß (Wien).

H. Jastrowitz (Halle a. S.). *Typhus und Masern, zugleich ein Beitrag zum Kindertyphus.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 35, S. 1673—1675.)

Eine Komplikation von Typhus und Masern, bei der erst der nicht normale Verlauf der Morbilli den Verdacht auf Typhus wachrief. Die Untersuchung ergab dann, daß die ganze Familie von Typhus verseucht war. Verf. tritt für obligatorische Krankenhausbehandlung auch der leichten Typhen ein. Nagel-Hoffmann.

Sexton. *Return cases of scarlet fever.* (Arch. of Ped., Mai 1913.)

Die Abschuppung scheint wenigstens in den späteren Wochen nicht ansteckend zu sein, dagegen kann man in bezug auf Ausflüsse, z. B. bei Otitis media, keine Grenze aufstellen, die Kontagiosität der Exsudate kann sich anscheinend bedeutend in die Länge ziehen.

Wachenheim (New York).

Fischer. *The treatment of scarlet fever with intravenous injections of neosalvarsan.* (Die Behandlung des Scharlachfiebers mit intravenöser Einspritzung von Neosalvarsan.) (Arch. of Ped., Mai 1913.)

Bei einer Mortalität von 75%, obgleich bei ausgewählt schweren Fällen, ist diese Behandlungsmethode nicht vielversprechend.

Wachenheim (New York).

Draper and **Hanford.** *Experiments on the transmission of scarlet fever to lower monkeys.* (Übertragung von Scharlachfieber auf Affen.) (Journ. Exper. Med., Mai 1913.)

Den Verff. gelang es nicht, selbst mit den intensivsten Infektionsmethoden, das Scharlachgift auf höhere sowie niedrige Affentypen zu übertragen; sie kommen zu dem Schlusse, daß diese Tiere für Scharlachfieber unempfänglich sind und daß widersprechende Berichte auf Beobachtungsfehlern beruhen. Wachenheim (New York).

J. C. Schippers und **Kornelia de Lange** (Amsterdam). *Zur Bedeutung der Döhleschen Zelleinschlüsse.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, L, S. 544.)

Es liegt der Gedanke nahe, daß bei Scharlach die Streptokokkeninfektion die Ursache der Zelleinschlüsse ist. Dafür sprechen die klinischen Beobachtungen und auch ein Tierversuch: Auf Einspritzung einer Reinkultur von Streptokokken, welche von einem Scharlachkranken herrührten, fand sich beim Hunde eine deutliche, wenn auch nicht erhebliche Zunahme der Zelleinschlüsse. Die Verff. sahen die Zelleinschlüsse als Reaktionsprodukt des Protoplasmas den Toxinen gegenüber an. Das Fehlen der Einschlüsse bei hochfiebernden Kranken spricht gegen Scharlach. Keller (Berlin).

H. Bongartz. *Sind die Einschlüsse in den polynukleären Leukozyten bei Scharlach als pathognomonisch anzusprechen?* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, L, S. 544.)

In derselben Wochenschrift, 1912, Nr. 45, hat Bongartz über Untersuchungen berichtet, die er weiter fortgesetzt hat. Bei gesunden und kranken Erwachsenen fand er Leukozyteneinschlüsse in 86% der Fälle. Er kommt zu der Ansicht, daß man es mit einem fast normalen Befund zu tun hat, daß aber zu gewissen Zeiten, wo der Körper unter bestimmten Einflüssen steht, sich die Einschlüsse in mehr oder weniger hohem Maße vermehren. Daraus folgt für ihn, daß die Einschlüsse für Scharlach absolut nicht für patho-

gnomonisch zu betrachten sind, ebensowenig aber sind sie etwas Physiologisches. Bongartz konstatierte, daß das Blut Neugeborner bis zu dem Tage, wo eine mit Fieber einhergehende Störung auftritt, keine Einschlüsse enthält. Für die Pathogenität der Einschlüsse spricht ihr Erscheinen und ihre Vermehrung zu Beginn und ihre Verminderung beim Abklingen bestimmter Krankheiten. Er hält die Einschlüsse für Kernabsprengungen, die auf Grund toxischer Einflüsse entstehen. Keller (Berlin).

Nicoll. *Present-day opinions of the value of the so-called inclusion bodies in scarlet fever.* (Gegenwärtige Anschauungen über die Bedeutung der sogenannten Einschlußkörper bei Scharlachfieber.) (Arch. of Ped., Mai 1913.)

Im allgemeinen ist der Wert dieses Befundes bloß negativ, das Fehlen der Körper spricht entschieden gegen Scharlachfieber; ihr Vorhandensein in der 2. Krankheitswoche ist für Scharlachfieber sehr verdächtig, in der 1. Woche dagegen von zweifelhafter Bedeutung. Wachenheim (New York).

Koplik. *Meningitis of the epidemic type in children under 2 years of age.* (Epidemische Meningitis bei Kindern unter 2 Jahren.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 7. Juni 1912.)

Bei kleinen Kindern ist die Sterblichkeit noch immer wenigstens 50%. Viel kommt auf sehr frühe und dabei langsame Einspritzung des Heilserums an, da bei Säuglingen die Gefahr einer rapiden Ausbildung des infausten basilären Typus immer vorschwebt. Es ist nicht ratsam, die bakteriologische Diagnose abzuwarten, wenn die Wahrscheinlichkeit der epidemischen Krankheitsform vorliegt. Die Punktion der Ventrikel hat sich als wenig versprechend erwiesen, sie führte in keinem Falle zur Genesung.

Wachenheim (New York).

Flexner. *Accidents following the subdural injection of the antimeningitis serum.* (Unfälle nach der subduralen Einspritzung des Antimeningitisserums.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 21. Juni 1913.)

Es sind 4 mögliche schädliche Momente in Betracht zu ziehen. Die geringe Menge der zugefügten Karbolsäure scheint harmlos zu sein, obgleich widersprechende Mitteilungen sich vorfinden. Auch die Gefahren der Anaphylaxie sind sicherlich überschätzt worden, tödliche Fälle müssen recht selten vorkommen. Rapide Lyse der Meningokokken ist ebenfalls als wesentliches Moment auszuschließen. Dagegen dürfen wir die Störungen des intrakraniellen Druckes nicht so leicht von der Hand weisen; sie scheinen gewiß in den allermeisten unglücklich verlaufenden Einspritzungen die Rolle zu spielen; dabei scheint die Entlastung durch die Lumbalpunktion weniger gefährlich zu sein. Es ist also große Vorsicht bei der Serumeinspritzung selbst geboten, daß der Druck langsam und nicht zu hoch gesteigert wird. Wachenheim (New York).

Flexner. *Results of serum treatment in 1300 cases of epidemic meningitis.* (Erfolge der Serumbehandlung bei 1300 Fällen von epidemischer Meningitis.) (Journ. Exper. Med., Mai 1913.)

Die gesamte Mortalität betrug etwa 31%, bei Anwendung in den ersten 3 Tagen bloß 18%; bei Säuglingen etwa 50%, aber bei Kindern im 2. Lustrum bloß 15% (bei früh injizierten 11%). Bei den geheilten Fällen sind bleibende Defekte viel seltener als unter Expektativbehandlung. Wir können also jetzt den Wert des Serums ziemlich richtig schätzen. Wachenheim (New York).

Kramer. *A possible source of danger in the use of antimeningitis serum in young children.* (Gefahr bei der Anwendung des Antimeningitisserums bei Kindern.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 3. Mai 1913.)

Die nicht seltenen und gelegentlich letalen Kollapserscheinungen nach Einspritzung des Antimeningitisserums führt Verf. auf den Zusatz von Trikresol zur Erhaltung des Serums zurück. Die Erscheinungen sind tatsächlich der Karbolvergiftung sehr ähnlich. Zur Vermeidung dieses Vorfalls rät Verf., dem Heilserum weniger als 0·5% des Trikresols beizumengen. Wachenheim (New York).

Fiske. *Diagnostic significance of the leucocyte count in osteomyelitis and tuberculosis of the bones an childhood.* (Diagnostische Bedeutung der Leukozytenzählung bei Osteomyelitis und Knochentuberkulose.) (Boston Med. and Surg. Journ., 24. April 1913.)

Den Schlüssen des Verf. muß beibemerkt werden, daß bei Osteomyelitis doch in 24% der Fälle die Leukozytenzahl unter 12.000 betrug und daß der Befund bei Tuberkulose in 13% der Fälle 15.000 überstieg. Als Diagnostikum kann demnach der Blutbefund leicht überschätzt werden, obgleich ihm ein gewisser Wert nicht abgesprochen werden soll. Wachenheim (New York).

Hess. *Report of a group of infected by a tuberculous attendant.* (Infektion von Anstaltskindern durch eine tuberkulöse Wärterin.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 24. Mai 1913.)

Von 10 etwa 3jährigen Kindern hatten 3 bei der Aufnahme eine positive Pirquetreaktion. 3 Monate später wurde eine Wärterin wegen manifester Tuberkulose entlassen; im Verlaufe weiterer 6 Monate entwickelten sämtliche Kinder eine positive Reaktion. Es wird aber bemerkt, daß die betreffende Wärterin sich nicht den geringsten Vorsichtsmaßregeln unterwarf. Bei zweckmäßiger Hygiene speziell in bezug auf den Auswurf möchte die Gefahr für die Kinder geringer sein. Wachenheim (New York).

Richard und **Felizitas Felten-Stoltzenberg.** *Die Sonnenbehandlung der chirurgischen und Bronchialdrüsen-Tuberkulose an der See.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, L, S. 1062.)

Die günstigen Erfolge Rolliers lassen die nicht im Hochgebirge praktizierenden Heliotherapeuten nicht zur Ruhe kommen. Sie suchen nachzuweisen, daß die Heliotherapie sich mit mindestens

ebenso gutem Erfolge an der See durchführen läßt. Irgend etwas Neues bringt der kleine Vortrag nicht. Keller (Berlin).

O. Lubarsch. *Zur Pathologie der Tuberkulose im Säuglings- und Kindesalter.* (Reichs-Med.-Anz., Neue Folge, Bd. IV, Nr. 9.)

Verf. hat in Posen unter allen obduzierten Fällen von Tuberkulose im Kindesalter 39·8% Fütterungstuberkulosen gefunden, in Düsseldorf dagegen 13·5%. In den ersten Lebensjahren waren die Fälle spärlich vertreten, was sich zum Teil damit erklärt, daß die Tuberkulose sich in diesem Alter schnell im Körper ausbreitet und dann ihr Ausgangspunkt nicht mehr sicher festzustellen ist. So viel kann man aber sicher sagen, daß bisher der Beweis nicht geführt ist, daß die Infektion durch die Nahrung im Kindesalter überwiegt. In nicht ganz einem Drittel (27·%) der Fütterungstuberkulosen waren die Lungen beteiligt, was nicht dafür spricht, daß die Lungen vom Verdauungskanal aus besonders häufig infiziert werden. Die Neigung zur Ausheilung der Tuberkulose wächst mit zunehmendem Alter. Anderseits ist die Verbreitung der Tuberkulose unter den Erwachsenen größer als im Kindesalter. Alle diese Feststellungen sprechen nicht dafür, daß die Tuberkulose der Erwachsenen in den meisten Fällen auf eine im Kindesalter erfolgte Infektion durch die Nahrung zurückzuführen sei. H. Vogt.

Tabitha Haerle. *Über die Bedeutung akut-entzündlicher Prozesse in den Organen bei kongenitaler Syphilis.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVIII, S. 125—140.)

Bei einer Frühgeburt aus dem 7. bis 8. Schwangerschaftsmonat fanden sich neben sicheren Zeichen angeborner Syphilis (massenhafte Spirochaeten in allen Organen, Osteochondritis syphilitica u. a.) Veränderungen in verschiedenen Organen, wie sie in der Regel nur bei akut entzündlichen Prozessen vorkommen. Dabei ließen sich, abgesehen von den Spirochaeten, weder durch das Kulturverfahren noch durch Schnittfärbung Mikroorganismen nachweisen. Die akuten entzündlichen Erscheinungen bestanden in fibrinös-exsudativer Peritonitis, ferner kleinen nekrotischen Herdchen und kleinen Abszessen in den Lungen, die teils in der Wand der Gefäße, aber auch zerstreut im Lungengewebe vorkamen. Daneben fanden sich in den Lungen einige größere Herde, die sich ähnlich wie bei abszedierender Pneumonie ausnahmen. Kleine Abszeßherdchen wies auch die Submukosa des Dünndarms auf. Dieser Befund von histologischen Bildern akuter Entzündung bei einem sonst rein chronischen Prozeß findet ein Gegenstück in der Beobachtung Hedingers, der bei akuter Scharlachsepsis in den verschiedensten Organen Ansammlungen von Plasmazellen und Lymphozyten sah. H. Vogt.

Andreas Bosányi. *Die Raynaudsche Krankheit als ein Symptom der hereditären Syphilis. (Salvarsanbehandlung, Heilung.)* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVIII, S. 177—183.)

Bei einem 11½jährigen und einem 2jährigen Kinde, die beide an angeborner Syphilis litten, traten Symptome von Raynaudscher

Krankheit in Gestalt zyanotischer Verfärbung an Händen und Füßen auf und verschwanden bei antiluetischer Behandlung. In einem Falle entwickelte sich ein Rezidiv der Lues, nach dem Ausfalle der Wassermannschen Reaktion zu schließen, und gleichzeitig trat die Zyanose der Extremitäten wieder auf; erneute Behandlung mit Salvarsan brachte schnellen Erfolg. An einem engen Zusammenhang zwischen Raynaudscher Krankheit und Syphilis kann für diese Fälle also nicht gezweifelt werden. H. Vogt.

Wesener. *Über die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion bei der Verwendung von Ammen.* (Monatschr. f. Kinderheilk., XII, 1913, S. 446.)

Am städtischen Elisabeth-Krankenhause zu Aachen wurde in den Jahren 1911 und 1912 die Wassermannsche Reaktion stets derart festgestellt, daß die Blutproben der betreffenden Kranken an mindestens zwei Untersuchungsstellen versandt wurden. Unter diesen befanden sich 37 Ammen der Säuglingsabteilung, über die hier berichtet wird. Von diesen ergaben zwei konformen, positiven Ausfall; ihre Kinder erwiesen sich später klinisch als syphilitisch. Übereinstimmend negativ war das Ergebnis bei 29; sie sowie ihre Kinder zeigten keine luetischen Symptome. Dagegen war bei 6 das Resultat widersprechend, an der einen Untersuchungsstelle negativ, an der andern positiv, trotzdem sowohl die Ammen selbst wie auch ihre Kinder klinisch syphilisfrei waren und während der ganzen Beobachtung blieben. Verf. geht auf die Bedeutung dieser Ergebnisse für Ammenverwendung und Ammenabgabe, speziell in Hinsicht auf die bekannte Publikation von Rietschel und die im Anschluß daran erschienenen Meinungsäußerungen näher ein. Er bespricht die an seiner Säuglingsabteilung von jeher geübten Vorsichtsmaßregeln, empfiehlt, die Wassermannsche Reaktion stets an mehreren Instituten anstellen zu lassen, und ist der Ansicht, daß zwar ein positiver Ausfall bei allen Untersuchungsstellen die Verwendung einer Amme strikte verbiete, daß hingegen ein übereinstimmendes negatives, oder ein widersprechendes Ergebnis (positiv bei der einen, negativ bei der andern Untersuchungsstelle) auf die Verwendung keinen Einfluß habe, sondern dann die Anamnese und die klinischen Symptome für die Verwendung in der Anstalt entscheidend seien, während bei einer in Frage kommenden Abgabe in eine Familie dann stets dem Arzte die Resultate mitzuteilen und die Entscheidung anheimzugeben sei.

L. Arzt und **W. Kerl.** *Variola- und Flecktyphusstudien an den bosnischen Rückwanderern aus dem Balkan.* (Wiener klin. Wochenschr., 1913, S. 787.)

K. Potpeschnigg. *Aus dem k. k. Seelazarett.* (Ebenda, S. 795.)

Die beiden Mitteilungen befassen sich mit dem Krankenmaterial des k. k. Seelazaretts bei Triest, welches die Aufgabe hat, die aus der Türkei flüchtenden bosnischen Rückwanderer einer strengen Quarantäne zu unterziehen. Abgesehen von den interessanten klinischen Beobachtungen über Typhus exanthematicus (an Er-

wachsenen), welche Arzt und Kerl anzustellen Gelegenheit hatten, sind ihre Studien über Variola, 19 Kinder betreffend, von speziell pädiatrischem Interesse. Es kam sowohl die disseminierte wie die konfluierende Form zur Beobachtung. Das Prodromalexanthem bestand meist in masernähnlichen Eruptionen. Der Verlauf der Epidemie war ein relativ gutartiger. Von 2 Neugeborenen, welche von variolakranken Frauen geboren wurden, war ein Kind frei von Blattern, während das andere ein über den ganzen Körper ausgebreitetes vollentwickeltes Variolaexanthem zeigte. Potpeschnigg berichtet von einem Siebenmonatkind, welches von einer zur Zeit der Entbindung in Abheilung befindlichen Blatternkranken stammte, keine Krankheitszeichen darbot, aber nach wenigen Stunden starb, sowie von einer 3- bis 4monatlichen Frucht mit zahlreichen Pockennarben (Mutter ebenfalls schon im Abschuppungsstadium). Potpeschnigg weist darauf hin, daß die meisten Blatternkranken nach ihrer Aussage geimpft waren, daß sich jedoch zumeist nur die Spuren von einer Impfpustel fanden. Er schließt daraus, daß eine oder sehr wenige Impfpusteln nur einen kurz dauernden und ungenügenden Schutz gewähren. — Als diagnostisch wichtig wird die negative Diazoreaktion hervorgehoben. — Von atypischen Exanthemformen wurden beobachtet: rudimentäre Ausbildung, Beschränkung der Blaseneruption auf Planta und Gesicht; blaßrotes, stippchenförmiges Exanthem mit seichter Narbenbildung. Der Versuch, mit Hilfe der Komplementablenkung Antikörper nachzuweisen, ergab bei 17 rekonvaleszenten Kindern ein negatives Resultat. Bei den zwei ältesten Kindern konnten im Serum quantitativ Antikörper nachgewiesen werden. Die Revakzination ergab unter 15 Variolarekonvaleszenten nur bei 4 Kindern eine ausgesprochen positive Reaktion; bei dreien war sie schwach positiv, bei 7 negativ, bei einem unsicher. Die Reaktion trat meist am 3. Tag auf, also etwas später als die typische Frühreaktion Pirquets. — Die Tuberkulinkutanreaktion fiel unter 16 Kindern nur 3mal ausgesprochen positiv aus, trotz Abstammung aus einem tuberkulös-hereditär belasteten Volksstamm; offenbar ist in der Rekonvaleszenz nach Blattern die Reaktionsfähigkeit des Organismus herabgesetzt. Reuß (Wien).

Respirationsorgane.

O. Frankfurter. *Tuberkulinbehandlung des Asthma bronchiale.* (Wiener klin. Wochenschr., 1913, S. 970.)

In der Annahme, daß zwischen Asthma bronchiale und Tuberkulose zweifellos ein kausaler Zusammenhang bestehe, hat Verf. bei 6 Asthmatikern eine Tuberkulinkur durchgeführt. Während sich die Luft- und Sonnenbehandlung (Sanatorium Grimmenstein, Niederösterreich) bezüglich des Asthma unwirksam erwies, bewirkte eine systematisch und lange genug durchgeführte Tuberkulinkur ein Abklingen respektive Aufhören der Anfälle. Reuß (Wien).

Richard Lederer. *Über chronische nicht tuberkulöse Lungenprozesse im Säuglings- und frühesten Kindesalter.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVIII, S. 68—82.)

Verf. berichtet über 11 Fälle chronischer Lungenerkrankung aus den ersten Lebensjahren, die längere Zeit klinisch beobachtet werden konnten. Der Beginn der Erkrankung spielte sich teils unter geringfügigen, teils unter stürmischen Erscheinungen ab. Die Fälle betrafen nicht alle Rachitiker, auch war nicht immer eine Influenzainfektion zu erweisen. Selbst bei sehr chronischem Verlauf kann die Erkrankung schließlich ausheilen. Zuweilen bleibt nur eine pleuritische Schwarte als Rest der Erkrankung zurück; in anderen Fällen entwickelt sich eine nicht tuberkulöse chronische Schwellung der Bronchialdrüsen. Von den Drüsen aus kann der Prozeß wieder auf das Lungengewebe übergreifen. In ungünstigen Fällen kommt es zur Ausbildung dicker pleuritischer Schwarten und zur Entwicklung von Bindegewebe im Lungengewebe. Hochgradige bindegewebige Induration wurde schon bei einem 9 Monate alten Säugling im rechten Oberlappen gefunden. Von 11 Fällen chronischer Lungenentzündung hatten sieben eine Erkrankung mehrerer Lappen. In der Behandlung ist das größte Gewicht auf Hebung des Allgemeinzustandes zu legen. H. Vogt.

Blut und blutbildende Organe.

Soresi. *Hemorrhagic conditions in children.* (Hämorrhagische Zustände bei Kindern.) (Arch. of Ped., April 1913.)

Verf. bespricht speziell die Technik der Transfusion.

Wachenheim (New York).

Verdauungstraktus.

Hermann Flesch. *Diverticulum oberhalb einer narbigen Ösophagusstenose.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVIII, S. 83—89.)

Während in der Literatur die Anschauung vorherrscht, daß oberhalb von Stenosen der Speiseröhre sich nur gleichmäßige Erweiterungen ausbilden, hat Verf. einen Fall von Laugenvergiftung bei einem 5jährigen Mädchen beobachtet, wo schon die klinische Beobachtung und die Durchleuchtung eine besonders große Erweiterung wahrscheinlich machten und wo sich bei der Obduktion ein Divertikel der vorderen Wand der Speiseröhre fand. H. Vogt.

Zoltán v. Bókay. *Polyposis intestinalis seu Polyadenomatosis intestinalis.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVIII, S. 184—195.)

Der Fall von gutartiger adenomatöser Epithelwucherung betraf einen 6jährigen Knaben, der nach Exstirpation des Mast-

darmes einer Dickdarminvagination erlag. Die Obduktion zeigte, daß die Polypen sich abgesehen vom Mastdarm auch in der Zoekumgegend entwickelt hatten. Eine Zusammenstellung entsprechender Fälle aus der Literatur ergibt, daß von der Erkrankung überwiegend männliche Individuen jugendlichen Alters betroffen werden. Sie tritt nicht selten familiär auf — auch in diesem Fall soll die Mutter des Knaben an einem Mastdarmpolypen gelitten haben.

H. Vogt.

Urogenitalsystem.

Bass and **Wessler.** *Heart size and heart function in children showing orthostatic albuminuria.* (Herzgröße und Herzfunktion bei orthotischer Albuminurie.) (Arch. intern. Med., April 1913.)

Mittels Orthodiagrammen weisen Verff. häufig kardiovaskuläre Insuffizienz nach, dabei aber weder Hypertrophie noch Erweiterung. Im Gegenteil waren die Herzgrenzen oft verkleinert, und Fehlen der normalen Schwankung vor und nach Anstrengung kam mehrmals vor. Gelegentlich wurde Wachstumshypertrophie notiert.

Wachenheim (New York).

Green. *Infections of the upper urinary tract in infancy and childhood.* (Infektion der oberen Harnwege im Kindesalter.) (Boston Med. and Surg. Journ., 1. Mai 1913.)

Die Ursache ist nicht immer zu eruieren, aber die akute Pyelitis stammt wohl in den meisten Fällen vom Darme. Zur exakten Diagnose ist eine sorgfältige Harnuntersuchung erforderlich. Die verschiedensten Medikamente, z. B. Urotropin, Alkalien, Vakzine, auch diätetische Maßregeln werden angewandt; der chirurgische Eingriff paßt bloß als ultimum refugium.

Wachenheim (New York).

Smith. *The complement fixation test in the management of gonococcus vaginitis.* (Die Komplementfixationsprobe in der Behandlung der Gonokokkenvaginitis.) (Americ. Journ. Dis. Children, April 1913.)

Zum Nachweis einer Heilung ist die Probe von gewissem Werte, sie versagt in etwa einem Drittel der Fälle, da sie oft bei noch bestehendem Ausfluß negativ ist. Wachenheim (New York).

Bewegungsapparat.

Foot. *Report of a case of amyotonia congenita.* (Bericht über einen Fall von Amyotonia congenita, mit Sektion.) (Americ. Journ. Dis. Children, Mai 1913.)

Ein wertvoller Beitrag zu diesem wenig erforschtem Gebiete.

Wachenheim (New York).

F. v. Friedländer. *Die koxalgische Attacke im Kindesalter.* (Wiener klin. Wochenschr., 1913, S. 1022.)

Man kann die Fälle von plötzlich auftretenden und bald wieder schwindenden schmerzhaften Affektionen des Hüftgelenkes („koxalgische Attacken") in drei Gruppen sondern:

1. Tuberkulose. Die subjektiv erst kurz bestehende Krankheit ist mit deutlich wahrnehmbarer Atrophie der Hüft- und Oberschenkelmuskulatur verbunden, das Bein ist verlängert oder verkürzt, das Gelenk geschwollen; vor demselben und am Psoas sind Drüsen nachweisbar. Der Erkrankung geht eine Änderung des somatischen und psychischen Verhaltens des Kindes voraus.

2. Gelenksreizung, durch statische Verhältnisse bedingt. Keine Muskelatrophie, Gelenk selbst schmerzlos, aber Schmerzhaftigkeit des Kruralis und Ischiadikus; Beuge-Abduktionskontraktur mit konzentrischer Einschränkung des Exkursionskegels; bilateraler Trochanterhochstand. Die Erkrankung steht in Beziehung zur Arthritis deformans coxae und stellt das „kindliche Präludium des Malum coxae senilis" dar.

3. Ephemere Koxitis. Dieser Typus der koxalgischen Attacke ist wohl als leichteste Form einer Osteomyelitis aufzufassen (juxtepiphysäre Entzündungsherde). Gelenk leicht geschwollen, druckempfindlich; rasch und unter Schmerzen einsetzende Beugekontraktur der Hüfte mit Abduktion oder leichter Adduktion des Beines; Drüsen frei, keine Muskelatrophie. Die Diagnose wird wahrscheinlich, wenn eine entzündliche Affektion des Respirationstraktes vorausgegangen ist und die Erscheinungen rasch schwinden; sicher wird sie erst durch den späteren Nachweis einer Längenzunahme des Beines. Reuß (Wien).

Ebbingaus (Altena i. W.). *Die Epiphysitis tibiae dissecans traumatica adolescentium.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 34, S. 1699—1641.)

Bei Knaben vom 12. bis 16. Jahre entsteht durch Trauma relativ häufig Quetschung oder Loslösung eines Teiles der oberen Tibiaepiphyse mit reaktiver Entzündung. Operative Entfernung des entzündeten Teiles brachte in 2 bis 4 Wochen Heilung. Verf. empfiehlt für dieses Alter Vorsicht beim Sport, vor allem bei Weitspringen, Fußball und forciertem Bergsteigen.

Nagel-Hoffmann.

Neurologie und Psychiatrie.

H. Lauber. *Ein Fall von zyklischer Okulomotoriuslähmung.* (Wiener klin. Wochenschr., 1913, 18, S. 707.)

6jähriger Knabe, entsprechend entwickelt, intelligent, zeigt seit frühester Kindheit Unvermögen des Lidschlusses am rechten Auge. Außer der (inkompletten) Ptosis besteht Unmöglichkeit, den in Abduktionsstellung befindlichen Bulbus zu heben und zu senken.

Fehlen der Licht- und Konvergenzreaktion der Pupille. Sowohl im Schlaf als auch im wachen Zustand periodenweise Kontraktionen im Bereich des mit Okulomotoriuslähmung behafteten Auges: Hebung des Lides, Adduktion des Bulbus, Miosis. Der Krampfzustand erhält sich im Schlaf 15 bis 40″, das Nachlassen der Erscheinungen dauert 10 bis 20″, worauf eine Ruhepause von 30 bis 90″ folgt. Der Wechsel der verschiedenen Phasen ist im wachen Zustand kürzer als im Schlaf, die Dauer der Phasen nimmt ab, wenn das Kind angeregt ist. Der Fall zeichnet sich vor den bisher bekannten 14 Fällen dadurch aus, daß eine Beteiligung anderer Zerebralnerven vorliegt: Hypästhesie des gleichseitigen Trigeminus, Parese des kontralateralen Fazialis und Glossopharyngeus. Diese Erscheinungen weisen darauf hin, daß eine Erkrankung an der Hirnbasis vorliegt und die Störung am Austritte des Okulomotoriusstammes lokalisiert ist. Reuß (Wien).

Karl Hertzell (Berlin). *Übungsbehandlung bei Littlescher Krankheit mit Hilfe einer neuen Gehstütze.* (Berliner klin. Wochenschr., 1912, L, S. 1064.)

Ein 12jähriges Mädchen mit Littlescher Krankheit, das ständig ärztlich behandelt, vor 3 Jahren operiert wurde (Tenotomie beider Achillessehnen), war bei der Aufnahme in die hydrotherapeutische Anstalt der Universität Berlin selbst mit Hilfe von 2 Stöcken nicht imstande, sich auf den Füßen aufrecht zu erhalten, geschweige denn zu gehen. Der Erfolg der Operation blieb aus, weil die Nachbehandlung fehlte. Erst als eine konstant durchgeführte Übungs- und physikalische Nachbehandlung eingeleitet wurde, kam das Kind so weit, daß es ohne Stützen stehen und gehen lernte. Um das Kind zur selbständigen Fortbewegung zu bringen, bewährte sich ein Doppelstock, der durch Querleisten festen Halt bekommt, etwa wie die Hinterseite eines Stuhles. In der weiteren Behandlung zeigten sich Kriechübungen nach Klapp von Erfolg. Ein schnellerer Fortschritt wird erreicht, wenn man die zur Übung notwendigen Bewegungen in Form einer Tätigkeit kleidet, an der die Kinder selbst ihre Freude haben; eine Erfahrung, die praktischen Orthopäden in der Kinderbehandlung seit langem bekannt ist.

Keller (Berlin).

Stoffwechselkrankheiten.

M. Kassowitz (Wien). *Weitere Beiträge zur Rachitisfrage.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 34, S. 1626—1628, Nr. 35, S. 1670 bis 1673, Nr. 36, S. 1716—1722.)

I. Alimentäre Rachitistheorien.

Polemik, besonders gegen Dibbelt.

II. Nervöse Übererregbarkeit bei Rachitis.

Eklampsie, Tetanie, Stimmritzenkrampf sind ebenso wie die anderen nervösen Symptome (Schlaflosigkeit, Schweiße usw.) direkte

Folgen der Rachitis, hervorgerufen durch kollaterale Hyperämie in den Zentren, die in der Nähe der stärker durchbluteten Schädelknochen liegen. Diese nervösen Erkrankungen finden sich fast nur bei rachitischen Kindern, auch bei Brusternährung, haben die gleiche Jahreskurve und werden durch Phosphor spezifisch beeinflußt, während Milchentziehung nach Kassowitz' Meinung wirkungslos, zum Teil schädlich ist.

III. Phosphorlebertran.

Kassowitz schreibt dem Phosphor allein die gleiche Heilwirkung zu wie seiner Kombination mit Lebertran. Aus den Resultaten der Kalkbilanz kann man seiner Meinung nach keine Schlüsse auf die Vorgänge am Skelett ziehen. Nagel-Hoffmann.

A. Hayashi. *Über das Verhalten der Gitterfasern in der Rachitismilz.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVIII, S. 196—211.)

Verf. findet in der Milz rachitischer Kinder eine Vermehrung der Gitterfasern ohne Bindegewebswucherung, die in geradem Verhältnis zur Intensität der rachitischen Knochenveränderungen steht. Die Lymphfollikel in der Milz sind klein bei Rachitis, das Parenchym ist blutreich; die Milz enthält öfter Riesenzellen. Die Vergrößerung der Milz, die sich in etwa zwei Dritteln der untersuchten Rachitisfälle fand, stand nicht im Verhältnis zur Schwere der rachitischen Knochenveränderung. H. Vogt.

A. Weichselbaum (Wien). *Über das Verhalten der Epithelkörperchen bei Rachitis (nach Untersuchungen des Dr. J. Erdheim).* (Vortrag in der Abt. Allg. Pathol. und pathol. Anat. der Wiener Naturforscherversammlung.)

Infolge wiederholter auffälliger Einzelbefunde an den Epithelkörperchen bei Obduktionen im Institute wurde dem Verhalten derselben insbesondere bei der Osteomalazie und bei der Rachitis erhöhte Aufmerksamkeit zugewendet. Erdheim nahm in systematischer Weise genaue Untersuchungen der Epithelkörperchen bei der spontanen Rachitis der weißen Ratten vor, wobei auf die Größenverhältnisse der Epithelkörperchen bei den rachitischen Tieren im Vergleiche mit jenen der gesunden Tiere geachtet wurde. Zum Zwecke der Feststellung derselben wurden die Halsorgane der Tiere in lückenlose Serien zerlegt und nun unter hundertfacher linearer Vergrößerung aus den Schnitten durch die Haupt- und akzessorischen Epithelkörperchen Wachsmodelle angefertigt. Bei Bestimmung des absoluten Volumens beider Gruppen von Epithelkörperchen zeigte sich, daß dasselbe unter normalen Verhältnissen bei den im Wachstum befindlichen Tieren mit dem Alter zunimmt, während das relative Volumen sich von dem Alter ziemlich unabhängig erwies. Im Gegensatz zu den so außerordentlich kleinen normalen Epithelkörperchen fanden sich bei 15 untersuchten Ratten die Hauptepithelkörperchen in verschiedenem Grade stark, in 3 Fällen sogar monströs vergrößert. Das relative Volumen, welches bei den normalen Ratten

zwischen 133 und 260 dmm³ schwankt, beträgt bei den rachitischen zwischen 306 und 3195 dmm³. Mikroskopisch zeigt sich die Größe der Alveolen stets vermehrt mit Hyperplasie und Hypertrophie der Epithelien. Die absolute Größe eines Nebenepithelkörperchens kann jener eines normalen Hauptepithelkörperchens gleichkommen oder sie übertreffen. Die gefundenen Veränderungen müssen mit der Rachitis der Ratten in einen engeren Zusammenhang gebracht werden. Hinsichtlich der menschlichen Rachitis beim Kinde dürften so bedeutende Vergrößerungen der Epithelkörperchen wie bei der Rattenrachitis kaum zu beobachten sein, weil diese mehr mit der Spätrachitis des Menschen als mit der kindlichen Form verglichen werden kann; jedenfalls müssen auch hier exakte Volumsbestimmungen vorgenommen werden. In 2 Fällen von Rachitis tarda bei einem 18jährigen, beziehungsweise 19jährigen Individuum konnte Erdheim je einen großen Tumor in den Epithelkörperchen nachweisen. Die Veränderungen der Epithelkörperchen bei der Rachitis der Ratte ebenso wie bei der Osteomalazie sind nicht als die Ursache, sondern als eine Folgeerscheinung des gestörten Kalkstoffwechsels zu betrachten. Keller (Berlin).

Wachstumskrankheiten.

K. Bamberg und **K. Huldschinsky.** *Über angeborene Knochenbrüchigkeit.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVIII, Ergänzungsheft, S. 214—266.)

Die umfangreiche Arbeit berichtet über Beobachtungen an 3 Fällen von Osteopsathyrosis congenita (angeborner Knochenbrüchigkeit). Der jüngste Fall betraf ein Mädchen, das im Alter von 4 Tagen schon Frakturen und Deformitäten aufwies und nach einigen Monaten einer Bronchopneumonie erlag. Die anatomische Untersuchung ergab normales Knorpelwachstum, daneben hochgradige Aplasie der Kortikalis sämtlicher Knochen. Die endostale Knochenbildung war an den meisten Knochen besonders gering. Osteoblasten waren meist in normaler Anzahl, Größe und Form zugegen und an einigen Stellen ausgesprochen vermehrt, manchmal anscheinend verringert. Das Mark bestand stellenweise fast nur aus Rundzellen, an anderen Stellen aus Fasermark, ohne erkennbare Gesetzmäßigkeit. Die Epiphysenkerne der einzelnen Knochen zeigten stets hochgradige endostale Aplasie. Dieser Fall eines jungen Kindes wies in seinem histologischen Bild große Ähnlichkeit auf mit den Befunden, wie sie Looser bei der Spätform der Erkrankung erhoben hat. Am 2. Fall, der vom 3. Lebensmonat bis zum Alter von $2^3/_4$ Jahren in Beobachtung stand, wurde im 3. Monate ein Stoffwechselversuch ausgeführt, der sich auf mehrere Perioden, im ganzen auf 44 Tage, erstreckte. Nur in der ersten Periode bestand geringer Kalkverlust, sonst erfolgte stets Ansatz von Kalk. Die Röntgenuntersuchung ergab als charakteristischen Befund in allen Fällen Aplasie der Kortikalis und Spongiosa bei guter Verkalkung, geraden Verlauf

der Epiphysenlinien, Sitz der Bruchstellen außerhalb der Epiphysenfugen und zeitlich normale Anlage der Knochenkerne. Die nicht gebrochenen Extremitätenknochen hatten normale Länge und Form. Im frühesten Lebensalter brechen die Knochen quer und die Brüche heilen schnell, später kommt es zu Schrägbrüchen mit langsamer Heilung. In einem dieser Fälle, der mit leichter Rachitis kombiniert war, wirkte Phosphorlebertran günstig. Arsen, Kalk und Strontium waren ohne sichtliche Wirkung, ebenso Schilddrüsenpräparate und Pituitrin. Freiluftbehandlung hatte sehr günstigen Einfluß.

H. Vogt.

Orthopädie.

Fraser and **Spence**. *A unique case of congenital scoliosis.* (Fall von angeborener Skoliose.) (Arch. of Ped., April 1913.)

Der Fall scheint einzig zu sein. Das Kind kam im 21. Lebensmonate zur Beobachtung wegen späten Gehens und einer manifesten Rückgratsverkrümmung. Das Röntgenbild zeigt außerordentliche Biegung und überzählige sowie verschmolzene Rippen auf der linken Seite.

Wachenheim (New York).

Mißbildungen.

C. Bunde (Potsdam). *Über einen Fall von medianer Halsfistel.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, L, S. 545.)

Bei einem 12jährigen Mädchen handelt es sich um teilweises Persistieren des Ductus thyreoglossus mit sekundärem Durchbruch nach der Hautoberfläche. Das Besondere des Falles liegt darin, daß der ursprünglich offene Ductus thyreoglossus sich völlig geschlossen hat, während der kurze Fistelgang, der sich durch sekundäre Perforation nach der Hautoberfläche zu gebildet hatte, offen geblieben war.

Keller (Berlin).

Barnet. *A study of mererachyschisis. (Mererachischisis, spina bifida occulta.)* (Americ. Journ. Dis. Children, April 1913.)

Eingehende Untersuchung mit Abbildungen und Röntgenbildern.

Wachenheim (New York).

Soziale Hygiene.

H. Liefmann (Berlin). *Steigerung der Säuglingssterblichkeit im Frühjahr.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 36, S. 1729—1731.)

Die Hitze schädigt die Kinder direkt, nicht nur durch leichteres Verderben der Nahrung.

Nagel-Hoffmann.

H. Rietschel. *Noch einmal Sommerhitze und Säuglingssterblichkeit.* (Jahrb. f. Kinderheilk., 1913, LXXVIII, S. 312.)

Der Verf. präzisiert seinen Standpunkt in folgender Weise: Das Sommerklima, das wesentlich in der Wohnung auf den Säugling sich schädlich geltend macht, wirkt auf das Kind ein:

1 a) als akute Hitze- und Wärmeschädigung. Klinisches Bild: Koma, Krämpfe, Hyperthermie, Durchfall und Erbrechen.

1 b) als chronische Hitze- und Wärmeschädigung.

Durch die Hitze (Wärme) wird der Reaktionszustand des Kindes verändert, d. h. es kommt zu den verschiedensten Organ- und anderen Schädigungen. Klinisch resultieren daraus die verschiedensten Krankheitsbilder, die von der ganz akuten Intoxikation bis zur chronischen Sommerdiarrhöe mit oder ohne Infektion verlaufen. Durch Kombination der verschiedenen Faktoren (Zustand und Pflege des Kindes, Art der Einwirkung der Hitze oder Wärme auf das Kind) werden die verschiedensten Krankheitsbilder entstehen, wobei Rietschel voraussetzt, daß die Hitzeeinwirkung die wichtigste ist.

2. Durch Injektion der Nahrung, besonders der Milch.

Solange nicht neue Tatsachen beigebracht werden, ist die Freude an der Diskussion über dieses Thema gering; durch Wiederholung wird ein Satz nicht beweiskräftiger. Der vor 4 Jahren einmal lebhafte Streit um den Sommergipfel der Säuglingssterblichkeit ist abgeflaut, an die Stelle des „Hitzeschlages" ist die „Wärmeschädigung" getreten und damit ein Stein des Anstoßes beseitigt. Wenn Rietschel von Anfang an auf dem Standpunkt gestanden hätte, den er jetzt einnimmt: „Wir dürfen gar nicht erwarten, daß die Hitze nur an sich allein auf die Kinder schädlich wirkt, sondern sie wirkt — von einzelnen Ausnahmen natürlich abgesehen — stets in Verbindung mit all jenen anderen Faktoren, die die Säuglingssterblichkeit schon an sich bedingen," so würde der Widerspruch von vornherein ein geringerer gewesen sein. Aber eine Tatsache bleibt bestehen: die Sommerdiarrhöe hat ihren Namen von der Diarrhöe, die das Krankheitsbild beherrscht. Nach wie vor fehlt der Beweis, daß durch äußere Hitzeeinwirkung allein Durchfall hervorgerufen wird. Im Gegenteil: die Arbeit von Kleinschmidt (Monatschrift 1910, S. 454) ist unwiderlegt.

Ich würde zur Frage überhaupt nicht das Wort nehmen, wenn nicht eine besondere Veranlassung dafür vorläge. Rietschel führt den Fall von Siegfried Wolff (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 47, S. 569) als Beweis dafür an, daß der Durchfall eine Begleiterscheinung der akuten Hitzeschädigung sein kann, und kritisiert in einer Fußnote meine Kritik dieser Arbeit. Meine Kritik aber war mehr als berechtigt. Mir hat das Manuskript der Wolffschen Arbeit seinerzeit vor ihrer Drucklegung vorgelegen, und ich habe damals schon auf einen prinzipiellen Fehler der Arbeit mit folgenden Worten hingewiesen: „Der Fall soll ein absolut sicherer Beweis dafür sein, daß durch Übertemperatur allein ein intoxikationsähnlicher Zustand auftreten kann. Aber gerade in dieser allein ausschlaggebenden Frage fehlt der

Beweis, denn es heißt in der Krankengeschichte: Die Wärmeflaschen wurden oft erneuert und anscheinend recht heiß gefüllt." Das war meine Kritik des Manuskriptes vor der Publikation. Die Arbeit von Wolff ist dann publiziert worden, und wie hat der Autor den von mir gerügten Mangel gebessert? Er läßt in der definitiven Publikation im Jahrbuch das Wörtchen „anscheinend" weg. Anscheinend hat er die Temperatur der damaligen Wärmeflaschen nachträglich festgestellt. Dies Vorgehen ist der — allerdings Rietschel nicht bekannte — Grund, warum meiner Ansicht nach dieser Wolffsche Fall aus der wissenschaftlichen Diskussion vollständig ausscheidet.

Keller (Berlin).

Besprechungen.

L. F. Meyer (Berlin). *Über den Hospitalismus der Säuglinge.* (Eine klinische Studie.) (Verlag von S. Karger, Berlin, 1913; M. 4.—.)

Der Hospitalismus ist ein komplexer Begriff; 3 Faktoren lassen sich gut herausschälen: Infektion, Unzweckmäßigkeit der Ernährung, Insuffizienz der Pflege. Für 3 andere Punkte, die heute noch problematisch sind, glaubt Meyer ebenfalls einen Weg zur Klärung weisen zu können. Es sind dies 1. die Mißerfolge der Aufzucht jüngster Kinder im Spitale, 2. Durchfälle während des Spitalaufenthaltes und 3. das schlechtere Gedeihen von Kindern mit exsudativer Diathese im Spitale als in der Außenpflege.

Die großen Schwierigkeiten der Ernährung jüngster Kinder im Spitale scheinen durch die Einführung der Eiweißmilch eine Verminderung erfahren zu haben. Die Notwendigkeit zum ultimum refugium der Frauenmilch greifen zu müssen, hat sich — wie Meyer instruktiv an Zahlen und Kurven dartut — sukzessive in den letzten Jahren (bis 1910; und 1911, 1912? Ref.) verringert. Meyer äußert sich hierzu außerordentlich bestimmt: „Diese Ernährungserfolge (insonderheit mit Eiweißmilch, Ref.) haben uns die Überzeugung gewinnen lassen, daß kein Imponderabile der Pflege bei der Erzielung günstiger Ernährungsresultate mitspielt, sondern daß allein die Technik der Ernährung bei gewöhnlichen Pflegeverhältnissen über Gedeihen oder Nichtgedeihen entscheidet."

Eine enterale Infektion im Spitale hält Meyer für keineswegs unmöglich. Ganz besondere Beachtung verdienen jedoch die Infektionen des Respirationstraktus. Es verstarben: an

	Ernährungs-störungen	Respirations-erkrankungen
1907/1908	104	17
1910/1911	25	28.

Die Respirationserkrankungen sind dem Verf. daher bei längerer Zeit zu Spitalsaufenthalt gezwungenen Kindern ein größeres Schreckgespenst geworden als die früher so gefürchteten Ernährungsstörungen.

Den Respirationserkrankungen widmet der Verf. alsdann ein größeres lesenswertes Kapitel. Ich erwähne daraus kurz folgendes: „Ein Kind, das sich länger als einen Monat im Spital aufhält, hat in der Regel die Aussicht, eine Affektion der Luftwege zu erwerben. Bei einem Spitalsaufenthalte von über 100 Tagen macht es durchschnittlich 3 solche Affektionen durch". „65% aller Kinder machen ihre erste Erkrankung der Respirationsorgane innerhalb der ersten zwei Spitalswochen durch." Über die Art der Übertragung (Kontaktinfektion, Tröpfcheninfektion) ließ sich nichts Sicheres ermitteln.

Im Abschnitte über Infektion und Ernährung tritt Meyer besonders eindringlich für die abwartende Behandlung ein, wenigstens solange schwere Gewichtsstürze und toxische Symptome fehlen. Ferner ist jede länger dauernde Hungerperiode wegen parenteral bedingter Ernährungsstörungen tunlichst zu vermeiden.

Daß Kinder mit exsudativer Diathese außerhalb des Spitals besser gedeihen, liegt nach Meyer wahrscheinlich an den häufigen erkannten und nicht erkannten Infektionen innerhalb der Anstalt. „Die Krankheitsbereitschaft dieser Kinder gibt daher die absolute Indikation zur Außenpflege, sobald die Ernährungsfunktionen hinreichend gekräftigt erscheinen." Meyer schließt mit folgender Betrachtung: „Schädigungen durch Spitalseinfluß sind zwar noch in milder Form anzutreffen, aber sie sind in ihrer Natur als Zusammenspiel wohl zu definierender Faktoren anzusprechen. Die Rolle der „minutiösen Pflegeleistung" scheint in diesem Spiele in den Hintergrund treten zu müssen, indes muß darüber mangels eigener Untersuchungen in dieser Richtung ein „von liquet" ausgesprochen werden. Den Schlüssel zum Verständnis des milden ‚Hospitalismus' von heute lieferten dagegen die Beziehungen zwischen Infektion und Ernährungsvorgang."

Ich glaube, daß manche Anregung der Studie auf fruchtbaren Boden fallen wird. Die vorliegende Arbeit berührt besonders darum sympathisch, weil sie zu gewissen Problemen unserer Wissenschaft bestimmt Stellung nimmt und Ausblicke auf deren Lösung eröffnet.

Klotz.

Inhalt.

Max Klotz. *Sammelreferat über die neurologisch-psychiatrische Literatur 769.* — **Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Bondi.** *Gewicht des Neugeborenen und Ernährung der Mutter 838.* — **Wilcox** und **Hill. Hoobler.** *838.* **Benfey.** *Eiweißmilch 839.* — **Feer.** *Eiweißrahmmilch 839.* — **Frank** und **Stolte.** *Mehlnährschaden 839.* — **Küster.** *Züchtung keimfreier Säugetiere 839.* — **Milch. Jordan. Foord. De Normandie.** *Milchversorgung 840.* — **Stoffwechsel. Ladd.** *Magenmotilität 840.* — **Hahn. Lust.** *Durchlässigkeit des Magendarmkanals 840.* — **Frank** und **Wolff.** *Stoffwechsel bei Atrophie 841.* — **Parker.** *Stoffwechsel bei Fehlen der Galle 841.* — **Meyer.** *Mineralstoffwechsel bei Rachitis*

841. — **Jörgensen.** *Kochsalzfieber 841.* — **Dubois** und **Stolte.** *Kalkbilanz und Alkalizufuhr 842.* — **Liefmann. v. Ritter.** *Azetonausscheidung 842.* — **Freund.** *Glykuronsäureausscheidung 843.* — **Kern.** *Harnsäureausscheidung 843.* — **Diathesen. Freudenberg** und **Kloemann.** *843.* — **Blühdorn.** *Spasmophilie 844.* — **Rindfleisch.** *Status thymolymphaticus und Salvarsan 844.* — **Schkarin.** *Ekzem 845.* — **Infektionskrankheiten. Rolleston. Teague.** *Diphtherie 845.* — **Sexton.** *Abortive Pocken 845.* — **Sill.** *845.* **Wilson. Morse.** *Keuchhusten 846.* — **Erlanger.** *Spasmophilie und Keuchhusten 846.* — **Krasnogorski.** *Spezifischer Geruch bei Infektionskrankheiten 847.* — **Tilgren** und **Troell.** *Arthritis paralyphosa 847.* — **Jastrowitz.** *Typhus und Masern 847.* — **Sexton. Fischer. Dreper** und **Hauford. Schippers** et **de Lange. Bongartz.** *848.* **Nicoll.** *Scharlach 849.* — **Koplik. Flexner.** *849.* **Flexner. Kramer.** *Epidemische Meningitis 850.* — **Fiske.** *Leukozytenzählung bei Osteomyelitis und Tuberkulose 850.* — **Heß. Felten** *850.* **Lubarsch.** *Tuberkulose 851.* — **Haerle. Bosanyni.** *Syphilis 851.* — **Wesener.** *Wassermannsche Reaktion bei Ammen 852.* — **Arzt** und **Kerl. Potpeschnigg.** *Variola und Flecktyphus 852.* — **Respirationsorgane. Frankfurter.** *Asthma bronchiale 853.* — **Lederer.** *Chronische, nicht tuberkulöse Lungenprozesse 854.* — **Blut und blutbildende Organe. Soresi.** *Hämorrhagische Zustände 854.* — **Verdauungstraktus. Flesch.** *Ösophagusstenose 854.* — **v. Bokay.** *Polyposis intestinalis 854.* — **Urogenitalsystem. Baß** und **Weßler.** *Orthotische Albuminurie 855.* — **Green.** *Infektion der oberen Harnwege 855.* — **Smith.** *Gonokokkenvaginitis 855.* — **Bewegungsapparat. Foot.** *Amyotonie 855.* — **v. Friedländer.** *Koxalgische Attacke 856.* — **Ebbinghaus.** *Epiphysitis tibiae 856.* — **Neurologie und Psychiatrie. Lauber.** *Okulomotoriuslähmung 856.* — **Hertzell.** *Littlesche Krankheit 857.* — **Stoffwechselkrankheiten. Kassowitz.** *857.* **Hayashi.** *Rachitis 858.* — **Weichselbaum.** *Epithelkörperchen bei Rachitis 858.* — **Wachstumskrankheiten. Bamberg** und **Huldschinsky.** *Angeborene Knochenbrüchigkeit 859.* — **Orthopädie. Fraser** und **Spence.** *Kongenitale Skoliose 860.* — **Mißbildungen. Bunde.** *Mediane Halsfistel 860.* — **Barnet.** *Merorachyschisis 860.* — **Soziale Hygiene. Liefmann.** *Säuglingssterblichkeit im Frühjahr 860.* — **Rietschel.** *Sommerhitze und Säuglingssterblichkeit 861.* — **Besprechungen. Meyer.** *Hospitalismus 862.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin W. 50., Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny Berlin | Göppert Göttingen | Knöpfelmacher Wien | Moro Heidelberg | Thiemich Leipzig | Tobler Breslau
Berend Budapest | Comba Florenz | Johannessen Kristiania | Koplik New-York | Marfan Paris | Thomson Edinburg | Wieland Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis der Abteilung „Referate" (ca. 50 Bogen) Mk. 24.—.
Preis der Abteilung „Originalien" (ca. 35—40 Bogen) Mk. 20.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XII. **Referate.** Nr. 11.

Sammelreferat über die dermatologische Literatur des Jahres 1913.

Von **Dr. Karl Leiner.**

Hereditäre Lues.

Alsberg (?) teilt einen Fall von Spätsyphilis bei einem vierjährigen Knaben mit, der gummöse Veränderungen der Schädelknochen und Exophthalmus des rechten Bulbus zeigte; letzterer war rein mechanisch durch den an dem Knochen sich abspielenden Prozeß hervorgerufen. (Röntgenaufnahme.) Im allgemeinen wendet sich der Verf. gegen die Annahme einer Syphilis hereditaria tarda sensu strictiori, da fast bei allen derartigen Fällen sich doch Symptome einer im Säuglingsalter überstandenen, aber nicht beachteten Syphilis nachweisen lassen. Bosányi weist auf Grund zweier Beobachtungen auf den innigen Zusammenhang zwischen Raynaudscher Krankheit und Lues congenita hin. Der Autor ist der Ansicht, daß die Raynaudsche Krankheit als eines der Symptome der hereditären Syphilis auftreten und durch eine antiluetische Behandlung günstig beeinflußt werden kann. Hintzelmann (22) liefert mit seiner Arbeit einen Beitrag zur Frage der spezifischen Nephritis bei Erbsyphilis. Aus seinen genauen Untersuchungen geht hervor, daß eine wirklich stärker auftretende und länger dauernde Nierenstörung eine seltene Erscheinung ist. Haerle (20) fand bei der histologischen Untersuchung eines Falles, daß neben den für hereditäre Lues charakteristischen Veränderungen — Gummenbildung und Stehenbleiben auf embryonaler Stufe — auch akut entzündliche Veränderungen, ja, wahre Abszesse in den verschiedensten Organen,

wie Thymus, Lunge, Niere, Leber, Darm, Pankreas zur Ausbildung kommen können. Die Herde zeichnen sich durch einen großen Reichtum an Spirochäten aus. Harald Boas und C. Ditlevsen (7) berichten über ihre Untersuchungen mit Noguchis Luetin. Sie fanden in 3 Fällen von kongenitaler Syphilis eine positive Luetinreaktion. Samelson (50) hat die von Dungern angegebene Modifikation der Wassermannschen Reaktion bei Lues congenita geprüft und stets eine Übereinstimmung beider Reaktionen gefunden.

Skarlatina.

Schabad (51) bespricht einen Fall einer atypischen Scharlacherkrankung, bei der nur Angina, Lymphdrüsenschwellung, Fieber, aber kein Exanthem, sondern nur eine Schwellung der Hautfollikel auf ungefärbter Haut durch längere Zeit bestand. Trotz des Fehlens des Exanthems soll eine Schuppung aufgetreten sein. Caffarena (11) hält das Auftreten von Blutpunkten nach Anlegen einer Stauungsbinde für charakteristisch für Scharlach.

Schwenke (56) hat die Döhleschen Leukozytenschlüsse bei frischen hochfiebernden Scharlachfällen fast konstant gefunden. Nach dem siebenten Krankheitstage sind sie nur noch spärlich anzutreffen. Allerdings sind die Leukozyteneinschlüsse für den Scharlach nicht pathognostisch; sondern sie finden sich ebenso häufig und konstant bei der kroupösen Pneumonie der Kinder. Kretschmer behandelt in seiner Arbeit die Pathogenese der Scharlacherkrankung. Er findet in den Symptomen der Serumkrankheit und dem Scharlach eine weitgehende Übereinstimmung und kommt zu der Annahme, daß auch beim Scharlach anaphylaktische Reaktionsprozesse eine Rolle spielen. Der Autor hält es für wahrscheinlich, daß durch vorangegangene Anginen eine Sensibilisierung stattgefunden hat. Eine neue Zuführung von Streptokokkeneiweiß (Angina-Trauma) führt zu den typischen anaphylaktischen Symptomen. Klimenko (29) kommt auf Grund der in der Literatur vorliegenden Mitteilungen und aus eigenen Experimenten zu dem Schlusse, daß es bisher nicht gelungen ist, Scharlach bei niederen Affen zu erzeugen. Der Verfasser versuchte auf verschiedene Weise zum Ziele zu gelangen:

1. Durch unmittelbares Zusammenleben eines jungen Affen mit Scharlachkranken.

2. Durch Einreiben der von Scharlachkranken entnommenen Rachen- und Zungenbelege auf die skarifizierte Mund- und Rachenschleimhaut der Affen.

3. Durch intravenöse, intraperitoneale und subkutane Injektion des defibrinierten und nicht defibrinierten Blutes von Scharlachkranken.

4. Durch subkutane Injektion des mittels Blutegeln von einem schweren Scharlachkranken aufgesogenen Blutes.

5. Durch subkutane Injektion defibrinierten Blutes von Kranken mit beginnender hämorrhagischer Scharlachnephritis.

6. Durch subkutane Injektion des Harnes von Nephritiskranken.

7. Durch Injektion der Galle von an Scharlach verstorbenen Kranken.

8. Nach Bernhards Methode. Sämtliche Methoden führten zu negativen Resultaten. Es scheinen nur höhere Affen für Scharlach empfänglich zu sein. Hahn (21) beschreibt an der Hand eigener Beobachtungen das Bild des Wundscharlachs. Auffallend war, daß besonders häufig Kinder nach Empyemoperationen an Wundscharlach erkrankten. Das Exanthem nimmt gewöhnlich von der Wunde seinen Ausgang; dagegen fehlte stets der Tonsillenbelag und die Entzündung der Halslymphdrüsen; auch eine stärkere Mitbeteiligung von Nase, Ohren und Nebenhöhlen wurde fast stets vermißt. In keinem der Fälle kam es zu einer Komplikation der Nieren. Auch die Wundheilung wurde durch die Scharlachaffektion in keiner Weise ungünstig beeinflußt. Der Autor unterscheidet mit Recht zwischen Scharlach bei Verwundeten mit Angina, Drüsenschwellung usf. und dem echten Wundscharlach ohne Primäraffekt an den Tonsillen. Franchetti (18) teilt einige Fälle von mit leichtem Fieber einhergehenden skarlatiniformen Erkrankungen ohne Schleimhauterscheinungen mit, die auch ohne Schuppung abliefen. Verf. faßt seine Fälle als Filatow-Dukes fourth disease auf.

Masern.

Koch (32) hatte Gelegenheit, bei 5 Fällen von den frühesten Beginn an verfolgten Masern ein Vorexanthem zu beobachten. Dieses besteht aus braunroten makulösen, nicht scharf begrenzten und flüchtigen Effloreszenzen, welche hauptsächlich im Gesichte sichtbar sind. Sie treten gleichzeitig oder auch nach den Koplikschen Flecken auf. Dieses Vorexanthem dürfte ebenso als das Produkt eines allergischen Prozesses aufzufassen sein, als welches wir nach der Auffassung v. Pirquets (45) auch die Koplikschen Flecken und das eigentliche Masernexanthem aufzufassen haben. v. Pirquet übernimmt es, mit der ihm eigenen Gründlichkeit in feiner Detailarbeit das Bild der Masern auf der äußeren Haut zu deuten. Nach sehr interessanten technischen Vorversuchen, welche die Unzulänglichkeit von Photographie, Zeichnung und Moulage zur Darstellung des Masernexanthems gezeigt haben, hat v. Pirquet in einer bestimmten Art schematischer Zeichnung 46 Masernfälle an jedem einzelnen Exanthemtage festgehalten. Die Verlaufsstatistik, welche mit dieser in der Literatur einzig dastehenden Methode gewonnen wurde, gibt exakt Aufschluß über die Reihenfolge der Lokalisation, Dauer der Einzeleffloreszenzen und zeigt überzeugend den Zusammenhang des Exanthems mit der Arterienverteilung und der Länge des arteriellen Weges zu den einzelnen Hautstellen. Auch die Hypothese über das Wesen des Masernexanthems ist sehr einleuchtend. Es entsteht — analog dem Blatternexanthem — durch die Einwirkung agglutinierender Antikörper auf das Masernvirus, wobei es aber nur zu toxischen Reaktionen an den Hautherden kommt, nicht zu erneuter Ausbildung von Kolonien.

Variola.

Bäumler (4) beschreibt das klinische Bild der Blattern und die Differenzierung gegenüber Varizellen, Masern und Syphilis. Epstein (14) teilt einen interessanten Fall von Variola eines Neugeborenen mit. Bei der Mutter kann es zwei Tage post partum zum Ausbruch von hämorrhagischen Blattern, die zum Exitus der Patientin führten. Das anscheinend gesunde Kind wird am dritten Lebenstage geimpft; am siebenten Tage begann bei demselben die Variolaerkrankung mit einem kleinfleckigen Prodromalexanthem, nach welchem die charakteristischen Variolaeffloreszenzen auftraten. An einzelnen Stellen hatten die Effloreszenzen das Aussehen von Pemphigusblasen. Das Kind erlag der Krankheit. Die Prognose der Blattern im ersten Lebensjahre ist überhaupt sehr ungünstig. Durch das Rotlicht (Finsen) konnte der Verlauf nicht beeinflußt werden. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß die Infektion schon in utero erfolgt ist, sei es durch den Blutkreislauf oder auf andere Weise, z. B. durch das infizierte Fruchtwasser.

Sexton (57) teilt einen abortiv verlaufenden Fall von Blattern mit; die Richtigkeit der Diagnose konnte durch die Überimpfung auf einen Affen erwiesen werden.

Diphtherie.

Müller (42) beobachtete 2 Fälle von Hautgeschwüren, die jeder Behandlung trotzten und deren Natur erst durch den Nachweis einer diphtherischen Rachenentzündung erkannt wurde.

Pollak (46) teilt einen Fall von primärer Hautdiphtherie nach Durchstechen der Ohrläppchen mit. Das Kind erlag einer Lobulärpneumonie, in welcher der Diphtheriebazillus zu finden war.

Tuberkulose.

Wronker (65) bespricht an der Hand von 9 Beobachtungen das klinische Bild des papulo-nekrotischen Tuberkulides bei Kindern unter einem Jahre. Es ist recht leicht möglich, daß die meist kleinen Effloreszenzen übersehen werden. In jedem Falle, bei dem sie gefunden werden, kann mit Sicherheit eine Organtuberkulose angenommen werden. Fast in allen Fällen handelte es sich um eine Miliartuberkulose. Die Prognose ist schlecht, aber nicht absolut letal. Die Frage der Beziehung des Erythema nodosum zur Tuberkulose wird von Moro (40) in negativem Sinne beantwortet, insofern als er bei einem Teil seiner Fälle negative Tuberkulinreaktion gesehen hat und bei einzelnen daraufhin untersuchten Fällen keine Herdreaktion nach subkutaner Tuberkulininfektion auftrat. Nach Moro läßt sich über die Natur und das Wesen des E. n. vorläufig nichts Bestimmtes aussagen. Der Tuberkulose mag als auslösendes Moment eine wesentlich größere Bedeutung zukommen als anderen Noxen. Moro meint, daß neben der auslösenden Ursache noch eine ganz bestimmte Konstitution, die in der lymphatischen Anlage besteht, vorhanden ist.

Gosse analysiert 100 Fälle von Erythema nodosum auf ihre Beziehung zum Rheumatismus und kommt zu einem negativen Resultat.

Volk (61) bringt in seiner Arbeit den Beweis, daß die subkutanen Sarkoide bazillären Ursprunges sind.

Kasahara (28) befaßt sich mit der Frage der Spezifizität der kutanen Tuberkulinreaktion nach v. Pirquet. Die Papeln bei der kutanen Tuberkulinimpfung sind histologisch von ziemlich typischer Art. (Auftreten von Langhansschen Riesenzellen, Lymphozyteninfiltration um die Gefäße.)

Ekzem und exsudative Diathese.

Schkarins (54) Arbeit befaßt sich mit dem Säuglingsekzem im Anschluß an die Lehre der Diathesen. Der Autor ist der Ansicht, daß die besonders hartnäckigen Ekzemerkrankungen fast immer bei Kindern mit gesteigerter Nervenerregbarkeit anzutreffen sind. In solchen Fällen sind öfter neben den Erscheinungen exsudativen Charakters auch Symptome von Spasmophilie zu konstatieren. Eine Besserung beziehungsweise Rückgang des Ekzems soll erst dann eintreten, wenn entsprechende Maßregeln gegen Spasmophilie getroffen werden. Schkarin sah eine Besserung nach Gebrauch von Phosphor, Kalkpräparaten, Lebertran, Brom u. a., d. h. nach Präparaten, die entweder auf die Erregbarkeit des Nervensystems einwirken oder zu dem Kalkstoffwechsel beitragen.

Erich Hoffmann (23) tritt für die Ansicht ein, daß das sogenannte Ekzema pruriginosum der Kinder mit seiner Lieblingslokalisation an den Beugen, Nacken, Ohrfaltengegend zur Neurodermitis chronica zu rechnen ist. Krasnogorski (33) beschäftigt sich mit der Frage, ob bei exsudativer Diathese gewisse Erscheinungen tatsächlich vagotonischen Ursprunges sind. Der Autor fand eine hemmende Wirkung des Atropins auf die Exsudation bei ekzematösen Säuglingen, wobei zu bemerken, daß schon mehrmonatliche Kinder hohe Dosen — 50 Tropfen von einer Atropin-sulfuricum-Lösung 1 : 1000 — anstandslos vertrugen.

Beck (5) kann die Beobachtung von Lust (Monatschr. f. Kinderheilk., Bd. X) bestätigen, daß die Schleimhaut des Urogenitalapparates häufig am Symptomenkomplex der exsudativen Diathese beteiligt ist. Die Lingua geographica, die einen Exsudationsprozeß vorstellt, ist nach Jellinek (26) ein Abschuppungsvorgang, der einen merkwürdig regelmäßigen Verlauf nimmt. Die Schuppungsperiode dauert zirka 8 Tage und nach Ablauf dieser Zeit ist der Status quo ante erreicht und die Abschuppung beginnt von neuem. In älteren Fällen ist der Prozeß ein komplizierter.

Mikrobielle Dermatosen.

Scherber (52) beschreibt eine Affektion, die nur beim weiblichen Geschlecht zur Beobachtung kommt und in kleinen aphthösen

Geschwüren am Genitale besteht. Die Geschwüre sind recht schmerzhaft, die Umgebung ist geschwollen und gerötet. Finger hat diese Geschwüre wegen der Ähnlichkeit mit tuberkulösen als pseudotuberkulöse bezeichnet. Die bakteriologische Untersuchung ergab neben Staphylokokken ein grampositives Stäbchen mit auffallend scharfen Ecken. Mattisohn (39) liefert mit seiner Arbeit einen interessanten Beitrag zur Vulvovaginitis gonorrhoica infantum. Das große Material der dermatologischen Abteilung des Rudolf Virchowschen Krankenhauses in Berlin stand ihm zur Verfügung. Unter 172 Kindern mit Ausfluß fanden sich bei 139 sichere Gonokokken. Neben der gonorrhoischen unterscheidet der Autor noch eine nicht gonorrhoische Vulvovaginitis, bei deren Entstehung Koli, Streptokokken, Staphylokokken, Oxyuris vermicularis eine Rolle spielen und endlich eine traumatische Vulvovaginitis, die durch Fremdkörper verursacht werde. Alfred Kraus (34) kommt auf Grund von klinischen und histologischen Untersuchungen zu dem Schluß, daß die bisher als Milien bezeichneten Efflorescenzen im Gesicht der Neugeborenen mit Unrecht diesen Namen führen, sondern vielmehr als Talgdrüsensekretionsstörungen aufzufassen sind und den Komedonen der Erwachsenen analoge Gebilde darstellen. Bakteriologisch fand Kraus (34) in dem Pustelinhalt der Akne neonatorum den Unnaschen Flaschenbazillus. Werther bespricht in seiner Arbeit das Wesen der Pyämide, der metastatischen Hautentzündung. Dieselbe kann in der verschiedensten Form, Erythem, Knötchen, Pustel, hämorrhagisches Knötchen usw. auftreten. Die Diagnose Pyämid ist dann vollkommen gerechtfertigt, wenn dasselbe Bakterium im kreisenden Blut nachgewiesen wird, wie in der kranken Haut, und wenn es hier in den Blutgefäßen gefunden wird, so daß ein Eindringen von der Oberhaut ausgeschlossen ist. Weill und Dufourt (62) teilen einige Fälle von infektiösem Pemphigus im Anschluß an Exanthem mit.

Dermatosen verschiedener Art, nicht bazillären Ursprungs.

Axenow (3) bringt uns interessante Daten über die Serumkrankheit bei Scharlach. Als besonders bemerkenswert ist hervorzuheben, daß nach der Annahme des Autors in nicht weniger als 3% der letale Ausgang direkt auf die Serumkrankheit bezogen wird. Bei einer weiteren Reihe von Fällen mit verschiedenen Komplikationen leichter Natur trat mit dem Anfang der Anaphylaxie eine auffallende Verschlimmerung ein, die zum Exitus führte. Es soll deshalb erst nach reifer Überlegung und nur in äußerst schweren Fällen zur Einspritzung gegriffen werden. Lederer (37) tritt an der Hand zweier selbst beobachteter Fälle von Purpura abdominalis für die Annahme jener Autoren ein, die in der Purpura abdominalis eine Form der hämorrhagischen Diathese erblicken, die sich außer in den Gefäßen der Haut auch in denen des Darmes geltend macht und unter Umständen infolge schwerer Darmblutungen zu Intussuszeption führen kann. Dreuw (13) weist darauf hin, daß die Pseudopelade Brocq, die Alopecia atrophicans schon

im Kindesalter, besonders bei Knaben, beginnt und im wesentlichen in dem Auftreten von kleinen rundlichen, nicht scharf begrenzten haarlosen Flecken beruht. Entzündungserscheinungen der umgebenden Haut fehlen. In den Herden lassen sich keine Pilze nachweisen, doch spricht das epidemische Auftreten für eine kontagiöse Haarerkrankung.

Säuglingsdermatosen.

Hoffmann (23) teilt einen Fall von Dermatitis exfoliativa Ritter mit, der in Pemphigus überging. (Das klinische Aussehen der Dermatose entspricht nicht vollkommen dem Ritterschen Bilde. Referent.) Der Pemphigus neonatorum oder — wie die Schule Jadassohns ihn bezeichnet — das Pemphigoid scheint auf einer reinen Staphylokokkeninfektion zu beruhen. In dem erwähnten Falle konnte eine klinische und bakteriologische Zusammengehörigkeit mit einem Falle von Impetigo contagiosa nachgewiesen werden. Zarfl (66) brachte einen seltenen Fall von Pemphigus benignus congenius zur Demonstration. Fragale (17) berichtet über einen Fall von Erythrodermia desquamativa bei einem zwei Monate alten Brustkind.

Kongenitale Dermatosen.

Allaria (1) und Schohl (55) befassen sich mit dem sogenannten Mongolenfleck. Der letztgenannte Autor gibt eine Übersicht über die bisher bekannten Arbeiten. Die Flecke sitzen mit Vorliebe in der Sakral-Lumbal-Glutealgegend. Sie lassen sich schon im 4. Embryonalmonat nachweisen und verschwinden in der Regel zwischen dem 4. und 7. Lebensjahre. Die Pigmentflecke sind eine regelmäßige Erscheinung bei den farbigen Rassen, finden sich nur selten bei der weißen Rasse. Für die Entstehung der Flecke können Rassenkreuzungen nicht verantwortlich gemacht werden. Die Annahme einer atavistischen Genese der Flecke erscheint plausibel.

Nicolas, Moutot und Charlet (44) beschreiben eine kongenitale familiäre Erkrankung bei drei Geschwistern, bestehend in Blasenbildung, Ulzerationen, Nageldystrophien und Larynxerscheinungen stenotischen Charakters.

Weintraub (63) bringt 4 Fälle von kongenitalem Kutisdefekte zur Besprechung. Als übereinstimmende Merkmale machen sich geltend die konstante Lokalisation der Defekte in oder nahe der Medianebene, ihre gegen umliegende normale Haut vertiefte Stellung, das verdünnte atrophische Aussehen, der Mangel der Haare und endlich der amnestische Befund, nach welchem die Patienten entweder mit blutenden Wunden zur Welt kommen oder die Defekte unverändert seit der Geburt bestanden. Bezüglich der Entstehung dieser Defekte schließt sich der Autor der Anschauung jener Forscher an, die diese Defekte als Aplasie respektive Hypoplasie auffassen.

Therapie.

Lues.

Chambrelent (12) faßt sein Urteil über die Salvarsanbehandlung bei hereditärer Lues dahin zusammen, daß er sagt, die Salvarsantherapie leiste viel Gutes, ohne die Quecksilber- und Jodbehandlung zu verdrängen. Die indirekte Anwendungsmethode (Salvarsanbehandlung der Amme) hat in Frankreich wenig ermutigende Resultate ergeben. Salvarsan und Neosalvarsan wird bei Säuglingen subkutan oder intramuskulär gegeben, und zwar pro Kilo Körpergewicht 10—15 mg.

Erich Müller (4) gibt eine Übersicht über die gebräuchlichen Methoden der Behandlung der hereditären Lues. Bezüglich der Wassermannschen Reaktion hebt er hervor, daß sie auch nach dem Rückgang der Erscheinungen noch lange positiv bleiben kann. Sie kann, einmal negativ geworden, sehr oft wieder positiv werden. Nur durch lange fortgesetzte Behandlung (6—8 Kuren im Verlauf von 3—4 Jahren) kann eine dauernd negative Wassermannsche Reaktion erhalten werden.

v. Bókay (8) weist darauf hin, daß das Salvarsan an Raschheit der symptomatischen Heilwirkung die Quecksilberpräparate übertrifft. Auch Bókay kombiniert die Salvarsantherapie mit der Quecksilberbehandlung. Reiss (47) hebt hervor, daß man durch intramuskuläre Injektion von Cholesterin den Anfall der paroxysmalen Hämoglobinurie verhindern kann, doch dauert die Wirkung nur so lange, bis das Cholesterin den Organismus verläßt. In zwei selbst beobachteten Fällen hatte Reiss mit der antiluetischen Behandlung einen guten therapeutischen Erfolg.

Exanthema.

Fischer (16) sah in schweren Scharlachfällen Gutes von der Salvarsantherapie, doch will er ein abschließendes Urteil über diese Behandlungsmethode noch nicht geben.

Koch (31) hat schwere und schwerste Scharlachfälle mit Rekonvaleszentenserum mit glänzendem Erfolg behandelt, indem von 22 auf diese Weise behandelten Fällen nur einer starb, der zur Zeit der Infusion schon in der Agonie lag. Das Blut war am 18. bis 21. Krankheitstag entnommen worden, das Serum war meist durch Ablagerung inaktiviert, kulturell steril und durch Zusatz von 0·5% Karbolsäure konserviert. Es wurden zirka 100 cm³ Rekonvaleszentenserum intravenös injiziert.

Ekzem-Urtikaria und andere Dermatosen.

Finkelstein (15), dem wir schon eine Reihe wichtiger Arbeiten über die Ekzemtherapie verdanken, widmet in der vorliegenden Arbeit seine besondere Aufmerksamkeit der Behandlung von Ekzem bei mageren, schlecht gedeihenden Kindern. Mit Recht weist er darauf hin, daß in solchen Fällen jede knappe Ernährung unstatthaft ist,

ja, daß sie sogar von Nachteil sein kann. Es muß im allgemeinen diejenige Nahrung ermittelt werden, die qualitativ und quantitativ den vorliegenden Verhältnissen angepaßt ist. Bendix (6) sah bei der Behandlung von Ekzem junger Kinder gute Erfolge von Pellidolsalben. Neugebauer (43) sah bei der Behandlung verschiedener Dermatosen mit Matzenauers Ebagapräparaten recht gute Erfolge, als ein Nachteil ist eine gewisse Reizwirkung anzusehen, weshalb die Ebagapräparate fast ganz von der Ekzemtherapie ausgeschlossen werden müssen.

Hübner, der einen Überblick über die diätetische Beeinflussung der Hautkrankheiten gibt, kommt auch auf die Behandlung der Säuglingsdermatosen zu sprechen und erörtert die usuellen Methoden.

Salomon (49) hält nach seiner Erfahrung die Darreichung einer eiweißarmen Kost für ausgezeichnet gegen Urtikaria. Lier und Porges (38) haben in mehreren Fällen von juckenden Dermatosen durch bloße interne Darreichung von Salzsäure völlige Heilung gesehen. Die Magensaftuntersuchung hatte in diesen Fällen eine Sub- oder Anazidität ergeben. Bollag (9) hat einige Fälle von Urtikaria mit gutem Erfolg mit Injektionen von Chlorkalziumgelatine (Kalzine-Merck) behandelt. Klingmüller (30) gibt uns eine Übersicht über die üblichen Methoden der Behandlung von Dermatomykosen.

Die Arbeiten von Joseph und Saalfeld (48) behandeln die Histopintherapie in der Dermatologie. Beide Autoren sahen günstige Resultate bei eitrigen Hautprozessen, besonders bei Furunkulose und Impetigo contagiosa.

Spiethoff, Ullmann, Stümpke (58) (59) (60) besprechen in ihren Arbeiten die gute Wirkung von intravenösen Injektionen von Eigenserum bei juckenden Dermatosen.

Literatur.

1. **G. B. Allaria.** Der sakrale Mongolenfleck im Kindesalter. La Pediatria, Bd. XXI, S. 85.
2. **G. Alsberg.** Beitrag zur hereditären Spätsyphilis. Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX u. LXI.
3. **Leonid Axenow.** 683 Fälle von Serumkrankheit. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXVIII, S. 565.
4. **Ch. Bäumler.** Die Differentialdiagnose der Pocken. Münchener med. Wochenschr., Nr. 25.
5. **C. Beck.** Die Beteiligung der Schleimhaut des Urogenitalapparates am Symptomenkomplex der exsudativen Diathese. Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XI, S. 468.
6. **B. Bendix.** Zur Behandlung des Ekzems junger Kinder. Therap. Monatsh., Jahrgang 27, S. 350.
7. **H. Boas** und **Christian Ditlevsen.** Untersuchungen über Noguchis Luetinreaktion. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, Bd. CXVI, S. 852.
8. **Johann v. Bókay.** Über das spätere Schicksal mehrerer mit Salvarsan behandelter Luesfälle im Kindesalter. Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX u. LXI.
9. **K. Bollag.** Beitrag zur Kalziumtherapie bei Urtikaria im Wochenbett. Münchener med. Wochenschr., Nr. 45, S. 2514.
10. **A. Bosányi.** Die Raynaud sche Krankheit als ein Symptom der hereditären Syphilis. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXVIII, S. 177.

11. **D. Caffarena.** Das Rumpell Leedesche Hautsymptom bei Scharlach. La Pediatria, B. XXI, S. 129.

12. **Chambrelent.** Le Salvarsan chez le nouveau né. Arch. mens. d'obstric., Bd. XVIII, S. 356. Ref. Monatschr. f. Kinderheilk., Bd. XII, S. 478.

13. **Dreuw.** Das Anfangsstadium der Alopecia atrophicans. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 45, S. 2181.

14. **Epstein.** Über Variola bei Neugeborenen. Arch. f. Kinderheilkunde, Bd. LX u. LXI.

15. **H. Finkelstein.** Zur diätetischen Behandlung des Säuglings- und Kinderekzems. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, O., S. 1.

16. **L. Fischer.** The treatment of scarlet fewer with intravenous injektions of Neo-Salvarsan. Arch. of Pediatria, Bd. XXX, S. 352.

17. **V. Fragale.** Contributo allo studio della eritrodermia desquamativa de Leiner. Gaz. internaz. d. med. chirurg., Nr. 29, S. 673.

18. **K. Franchetti.** Osservazioni sopra alcuni casi di quarti mallatia. Rivista di clinica Pediatrica, Bd. XI, S. 729.

19. **P. Galli.** Rash urticarien prescarlatineux et premorbilleux chez le meme enfant. Arch. de med. d. enf., Bd. XVI, S. 447.

20. **Fabika Haerle.** Über die Bedeutung akut entzündlicher Prozesse in den Organen bei kongenitaler Syphilis. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXVIII, S. 125.

21. **Hans Hahn.** Zur Klinik des Wundscharlachs. Monatschr. f. Kinderheilk., Bd. CXX, S. 233.

22. **H. Hintzelmann.** Klinischer Beitrag zur Frage der spezifischen Nephritis bei Erbsyphilis. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. IX, S. 27.

23. **E. Hoffmann.** Über Neurodermitis chronica faciei. Dermatol. Zeitschr., Bd. XX, S. 117.

24. **L. Hofmann.** Zur Kenntnis der Ätiologie des Pemphigoids. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, Bd. CXVIII, S. 245.

25. **G. A. Hope.** Erythema nodosum, an analysis of a hundred cases. Practitioner, Bd. LXXXXI, S. 240.

26. **H. Jellinek.** Beobachtungen über die Lingua geographica. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, S. 394.

27. **M. Joseph.** Über die Wassermannsche Histopintherapie in der Dermatologie. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 5.

28. **M. Kasahara.** Zur Frage der Spezifizität der kutanen Tuberkulinreaktion nach v. P i r q u e t. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. IX, S. 72.

29. **N. Klimenko.** Zur Frage über den experimentellen Scharlach. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXVII, S. 679.

30. **V. Klingmüller.** Die Behandlung der Dermatomykosen. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 4, S. 145.

31. **H. Koch.** Über das Vorexanthem bei Masern. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. IX, S. 1.

32. **R. Koch.** Über Scherrbach-Rekonvaleszentenserum. Münch. med. Wochenschr., Nr. 47, S. 2611.

33. **N. Krasnogorski.** Exsudative Diathese und Vagotonie. Monatschr. f. Kinderheilk., O., Bd. XII, S. 129.

34. **Alfred Kraus.** Über Akne neonatorum. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, Bd. CXVI, S. 704.

35. **Alfred Kraus.** Über das Wesen des sogenannten Unnaschen Flaschenbazillus. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, Bd. CXVI, S. 723.

36. **M. Kretschmer.** Zur Pathogenese des Scharlachs. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 78, S. 278.

37. **R. Lederer.** Zur Frage der Purpura abdominalis. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VI, S. 227.

38. **W. Lier** und **P. Porges.** Dermatosen und Anazidität. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 48, S. 1974.

39. **Mattisohn.** Die Prognose der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, Bd. CXVI, S. 817.

40. **E. Moro.** Erythema nodosum und Tuberkulose. Münchener med. Wochenschr., Nr. 21, S. 1142.
41. **E. Müller.** Zur Therapie und Klinik der Lues congenita. Therapeutische Monatsh., Bd. XXVII, S. 706.
42. **E. I. Müller.** Seltene, durch den Diphtheriebazillus hervorgerufene Erkrankungen. Deutsches Arch. f. klin. Med., Bd. CIX, S. 583.
43. **O. Neugebauer.** Die Anwendung der Ebagapräparate in der Dermatologie. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 47, S. 1941.
44. **J. Nicolas, H. Moutot, L. Charlet.** Dermatose congenitale et familiale à lesions trophiques. Ann. d. dermatol. et syphil., Bd. XIV, S. 385.
45. **C. Frh. v. Pirquet.** Das Bild der Masern auf der äußeren Haut. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VI, S. 1 bis 127.
46. **R. Pollak.** Über einen Fall von Diphtherie nach Durchstechen der Ohrläppchen. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 32, S. 1306.
47. **A. Reiss.** Beiträge zur Pathologie und Therapie der Hämoglobinurie paroxysmalis. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXVIII, S. 723.
48. **E. Saalfeld.** Über Histopin. Berliner klin. Wochenschr., Nr. 24.
49. **H. Salomon.** Die diätetische Therapie der Urtikaria. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 35, S. 1399.
50. **S. Samelson.** Über die Dungersche Syphilisreaktion bei Lues congenita. Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. VIII, S. 155.
51. **J. A. Schabad.** Anomales Scharlachexanthem. Arch. f. Kinderheilk., Bd. *E*XII, S. 78.
52. **G. Scherber.** Zur Klinik und Ätiologie einiger am weiblichen Genitale auftretender seltener Geschwürformen. Dermatol. Zeitschr., 1913, S. 140, und Wiener klin. Wochenschr., Nr. 26, S. 1070.
53. **E. Schmide.** Über multiple Tumoren der Haut. Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XII, S. 443.
54. **A. Schkarin.** Über Ekzema bei Säuglingen im Anschluß an die Lehre von Diathesen im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXVIII, S. 156.
55. **A. Schohl.** Über den sogenannten Mongolenfleck. Zeitschr. f. Kinderheilk., Ref., Bd. IV, S. 145.
56. **Johanna Schwenke.** Über die diagnostische Bedeutung der Döhleschen Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach. Münchener med. Wochenschr., Bd. XIV, S. 752.
57. **L. A. Sexton.** Abortive types of Small Pox. Arch. of Pediatrica, Bd. CCLXXXV, April.
58. **B. Spiethoff.** Zur therapeutischen Verwendung des Eigenserums. Münchener med. Wochenschr., Nr. 10, S. 521.
59. **G. Stümpke.** Über die Serumbehandlung von Hautkrankheiten. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 30.
60. **E. Ullmann.** Über die therapeutische Anwendung von Normalserum bei juckenden Dermatosen. Arch. f. Kinderheilk., Bd. CXVIII, S. 125.
61. **R. Volk.** Zur Kenntnis der subkutanen Sarkoide. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 36, S. 1425.
62. **E. Weill** und **A. Dufourt.** Pemphigus infectieux d'origine staphylococcique. La Pediatrie pract., 1912, S, 377. Ref. Arch. de Med. d. enfants, Bd. XVI, S. 303.
63. **R. Weintraub.** Zur Kenntnis der kongenitalen Kutisdefekte. Dermatol. Wochenschr., Bd. LVI, S. 389.
64. **Werther.** Beitrag zur Kenntnis der Pyämide. Münchener med. Wochenschr., Nr. 31, S. 1709.
65. **R. Wronker.** Papulo necrotic Tuberkulides in enfants. Amer. journ. of diseases of children. Juni 1913, Nr. 6.
66. **M. Zarfl.** Ein Fall von Pemphigus benignus congenitus. Ges. f. inn. Medizin u. Kinderheilk., 26. Juni 1913.

Amerikanische Literatur über Poliomyelitis. I. Semester 1913. Sammelreferat.

Folgende Beiträge sind erschienen:

1. **Allison.** *Results obtained by implantation of silk tendons in residual paralysis of poliomyelitis.* (Transplantation von Seidensehnen bei Residuallähmungen nach Poliomyelitis.) (Amer. Journ. Orthop. Surg., Mai 1913.)
2. **Bartow.** *Shoulder and arm paralyses of poliomyelitis.* (Schulter- und Armlähmungen nach Poliomyelitis.) (New York Med. Journ., 3. Mai 1913.)
3. **Bartow** and **Plummer.** *Use of intraarticular silk ligaments in paralytic joints of poliomyelitis anterior.* (Verwendung seidener Ligamenta bei Gelenkslähmungen nach Poliomyelitis.) (Amer. Journ. Orthop. Surg., Mai 1913.)
4. **Brown.** *Epidemic poliomyelits.* (California State Journ. of Med., Januar 1913.)
5. **Flexner** and **Clark.** *Paralysis in dog simulating poliomyelitis.* (Poliomyelitisähnliche Lähmung beim Hunde.) (Journ. Experim. Med., Mai 1913.)
6. **Flexner, Clark** and **Fraser.** *Experimental poliomyelitis. XIV. note.* (Journ. Amer. Med. Assoc., 18. Januar 1913.)
7. **Flexner** and **Noguchi.** *Experiments on the cultivation of the virus of poliomyelitis.* (Kultivierung des Virus der Poliomyelitis.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 1. Februar 1913.)
8. **Frost.** *Epidemiology of poliomyelitis.* (Amer. Journ. Public Health, März 1913.)
9. **Cundrum.** *Acute poliomyelitis in California.* (California State Journ. of Med., Mai 1913.)
10. **Haywood.** *Acute anterior poliomyelitis following bite of dog.* (Poliomyelitis nach Hundebiß.) (New York Med. Journ., 12. April 1913.)
11. **Lovett.** *Work of Massachusetts state board of health in investigation of infantile paralysis.* (Untersuchungen des Gesundheitsamtes von Massachusetts über Kinderlähmung.) (Boston Med. and Surg. Journ., 23. Januar 1913.)
12. **Lucas** and **Osgood.** *Transmission experiments with the virus of poliomyelitis.* (Übertragungsexperimente mit Poliomyelitis.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 24. Mai 1913.)
13. **Neustaedter.** *Poliomyelitis in guinea-pigs.* (Poliomyelitis bei Meerschweinchen.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 29. März 1913.)
14. **O'Reilly.** *Treatment of anterior poliomyelitis.* (Behandlung der Poliomyelitis.) (Missouri State Med. Assoc. Journ., April 1913.)
15. **Proescher.** *Poliomyelitis and Variola.* (Poliomyelitis und Pocken.) (New York Med. Journ., 12. April 1913.)
16. **Rosenau.** *The mode of transmission of poliomyelitis.* (Übertragung der Poliomyelitis.) (Journ. Amer. Med. Assoc., 24. Mai 1913.)
17. **Saunders.** *Prophylaxis of poliomyelitis anterior acuta.* (Missouri State Med. Assoc. Journ., Juni 1913.)
18. **Towrsend.** *Prognosis in infantile paralysis.* (Prognose der Kinderlähmung.) (New York State Journ. of Med., Mai 1913.)
19. **Wylder.** *Poliomyelitis.* (New Mexico Med. Journ., Februar und Juni 1913.)

In Betracht des Umstandes, daß Verwechslungen zwischen Poliomyelitis und Lyssa nicht selten auftreten, ist die Mitteilung von Flexner und Clark (5) von speziellem Interesse. Es kommt nämlich beim Hunde eine Lähmung der Extremitäten vor; die Verff. weisen nach, daß diese histologisch von der Poliomyelitis verschieden

und auf Hündchen und Affen nicht übertragbar ist, dagegen besteht andererseits eine wesentliche Differenz gegenüber der Lyssa, indem Hirnerscheinungen gänzlich fehlen.

Epochemachend sind die Befunde von Flexner und Noguchi (7). Diese Forscher haben als Krankheitsursache einen winzigen Bazillus entdeckt, der auf Aszitesflüssigkeit und Hirnextrakt wächst, streng anaerob sich verhält, und mit Erfolg auf Affen eingeimpft worden ist. Es ist also der erste Schritt zu einer wirksamen Therapie gemacht.

Flexner, Clark und Fraser (6) haben desgleichen die gefahrvolle Rolle der Bazillenträger bewiesen, indem die Nasenrachensekrete der Eltern von poliomyelitiskranken Kindern sich für Affen infektiös herausgestellt haben. Dies Verhältnis ist indes aus der Epidemiologie schon lange vermutet worden.

Rosenau (16) bespricht die Übertragung durch Insekten. Verdächtigt sind Wanzen und die Stallfliege, ausgeschlossen bisher die Mücken und Läuse. Verf. betont ebenfalls die Unterschiede zwischen den Lähmungen der Tiere und der genuinen Poliomyelitis: nur die Lyssa weist Ähnlichkeiten mit der letzteren auf; die Poliomyelitis ist bloß auf Affen übertragbar.

Letzterer Äußerung widerspricht Neustädter (13) auf Grund akzidenteller Infektion von Meerschweinchen von poliomyelitischen Affen.

Lucas und Osgood (12) bringen ebenfalls Beweise über die Rolle der Bazillenträger; in einem Falle blieb das Rachensekret 27 Monate infektiös; dieser Patient hatte im ganzen 2 Anfälle und die Infektiosität überdauerte den 2. Anfall 4 Monate.

Therapeutisch ist im letzten Semester wenig zu verzeichnen. Nur in der Nachbehandlung der Lähmungen ist die Verwendung seidener Ligamente von Allison (1), Bartow und Plummer (3) von speziellem Interesse. Wachenheim (New York).

Physiologie und allgemeine Pathologie.

Hill. *A note on blood pressure in infants, especially in gastroenteritis.* (Der Blutdruck bei Säuglingen, speziell bei Gastroenteritis.) (Arch. of Pediatr., August 1913.)

Die Messung des Blutdruckes bei Säuglingen ist außerordentlich schwierig und die Ergebnisse, z. B. bei Magendarmstörungen, sind recht zweideutig und eigentlich prognostisch unverwertbar. Der normale Blutdruck scheint zwischen 90 und 120 zu schwanken, höher als zumeist angenommen; unter diesen Umständen kann einmalige Messung kaum in Rechnung gezogen werden.

Wachenheim (New York).

August Weinert (Heidelberg). *Über rektale Temperatursteigerungen.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 28.)

Dem Arbeitsmaximum entspricht auch das Temperaturmaximum, d. h. in dem am meisten angestrengten Körperteil findet sich auch die größte Wärmeentwicklung.

Bei ganz gesunden Menschen können nach Spaziergängen pseudofebrile Temperaturen auftreten. Außerdem sprechen noch individuelle Faktoren beim Wärmehaushalt mit.

Vergleiche hierzu Stäubli: Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 19; Moro, Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. 11, Nr. 9. Klotz.

Friedrich Kanngiesser (Neuchatel). *Hat die Blutsverwandtschaft der Eheleute einen schädlichen Einfluß auf die Gesundheit der Nachkommen?* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 14.)

	Geistesschwache	Taubstumm	Schlecht sehend bis blind
Blutsverwandte Ehen	9·4%	1·9%	3·1%
Nicht blutsverwandte Ehen . . .	4%	1%	0·5%

Aus den Zahlen geht hervor, daß die Ehe unter Blutsverwandten nicht als rasseveredelnd gelten kann. Klotz.

Allgemeine Diagnostik.

Edmund Cautley. *The diagnosis of acute abdominal conditions in children.* (Brit. Journ. of childr. dis., Mai 1913.)

Verf. warnt vor allzu häufigen exploratorischen Operationen und fordert sorgfältige differential-diagnostische Erwägungen. Ausführliche Besprechung der verschiedensten Möglichkeiten.

Eckhardt.

Josef Reich. *Über Gelbfärbung der Zerebrospinalflüssigkeit.* (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1913, Bd. XXV, S. 721.)

„Gelbfärbung des Lumbalpunktats finden wir bei Prozessen, die zu Hämorrhagien in den Liquor geführt haben. Besonders disponiert hierzu sind Tumoren des Gehirns und Rückenmarks, sofern sie an die Oberfläche heranreichen, und wir finden daher vornehmlich bei ihnen diese Liquorveränderung. Jedoch auch alle anderen hämorrhagischen Erkrankungen, sofern sie an eine der Oberflächen des Gehirns heranreichen, können zur Gelbfärbung des Liquors führen."

R. Weigert (Breslau).

Pharmakologie und Toxikologie.

I. A. Schabad und **R. F. Sochorowitsch** (St. Petersburg). *Über das Wesen der günstigen Lebertranwirkung bei Rachitis. Ist das wirksame Prinzip des Fischlebertrans ein Ferment?* (Pädiatrija, Juni 1912.)

„Eine einstündige Erhitzung des Lebertrans auf 100° C., die tags darauf wiederholt wurde, vernichtete die günstige Wirkung auf die Kalkassimilation bei Rachitis nicht." Schlieps (Charkow).

August Leibecke (Göttingen). *Beitrag zur Sekretion des Urotropins durch Schleimhäute und seröse Häute.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 1698.)

Nach den Ergebnissen der an der Göttinger Universitätskinderklinik ausgeführten Unterschungen kommt Urotropin im Harn nach etwa $^1/_4$ Stunde zur Ausscheidung, in der Zerebrospinalflüssigkeit nach etwa $^3/_4$ Stunden, in der Milch nach etwa 1 Stunde, im Ohr- und Bronchialeiter nach 2 Stunden, im Peritonealeiter jedenfalls vor 4 Stunden. Es verschwindet aus dem Ohreiter nach 15 Stunden, aus der Milch nach etwa 21 Stunden, aus der Zerebrospinalflüssigkeit nach 53 beziehungsweise 77 Stunden. Die geringste Höhe erreicht die Konzentration des Urotropins in der Milch. Bei der im Ohreiter erreichbaren Konzentration ist eine fäulnishemmende Wirkung nicht ausgeschlossen, aber auch nicht bewiesen. Keller (Berlin).

H. F. Swift und **A. W. M. Ellis.** *Prüfung der spirochaetentötenden Wirkung des Serums der mit Salvarsan behandelten Kranken.*

Das Serum von Kaninchen, die intravenös mit Neosalvarsan behandelt wurden und ebenso das von Syphilitikern, denen intravenös Salvarsan oder Neosalvarsan eingeführt worden ist, hat eine ausgesprochene abtötende Wirkung auf Spirochaeta duttoni. Diese Wirkung geht schon in vitro vor sich, wird aber erst erkennbar bei Infektionsversuchen mit den in der angegebenen Weise vorbehandelten Spirochaeten. Das Serum der mit Neosalvarsan vorbehandelten Kaninchen zeigt Heilwirkung bei Mäusen, die mit Spirochaeta duttoni infiziert sind. Durch Erhitzen auf 56° während 30 Minuten wird die Wirksamkeit des Serums erheblich gesteigert. Das beruht zum Teil auf der Ausschaltung einer im normalen Serum enthaltenen hemmend wirkenden Substanz, daneben aber auf einem direkten Einfluß auf die Mischung von Serum und Salvarsan. Die im normalen nicht erhitzten Serum enthaltene hemmende Substanz ist in der Zerebrospinalflüssigkeit nicht zugegen. H. Vogt.

A. W. M. Ellis und **H. F. Swift.** *Die Wirkung intraspinaler Injektionen von Salvarsan und Neosalvarsan bei Affen.* (Journ. exper. Med., XVIII, S. 428—434.)

Der Zellgehalt der normalen Zerebrospinalflüssigkeit des Affen schwankt zwischen 3 und 137 im Kubikmillimeter. Die intraspinale Injektion kleiner Mengen von Salvarsan und Neosalvarsan führt zu

hochgradiger Vermehrung der polymorphkernigen Leukozyten, in manchen Fällen auch zu schweren Lähmungserscheinungen. Da solche auch wiederholt beim Menschen aufgetreten sind, ist die intraspinale Behandlung mit Salvarsan und Neosalvarsan wegen ihrer Gefahren aufzugeben. H. Vogt.

Bakteriologie.

Voelckel (Dresden). *Über das Nachweisverfahren der Diphtheriebazillen nach v. Drigalski und Bierast.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 34.)

Die Methode der Autoren (Zusatz von Rindergalle zum Löfflernährboden) bedeutet keinen Fortschritt. Klotz.

Poleff. *Über den Bordet-Gengouschen Keuchhustenbazillus.* (Zentralbl. f. Bakt. u. Parasitenk., 1913, Bd. LXIX, S. 23.)

Verf. ist es zwar nicht gelungen, bei Kaninchen und jungen Hunden durch Injektion der Keuchhustenbazillen oder infektiösen Sputums eine Pertussis zu erzeugen, er möchte aber doch an die ätiologische Bedeutung dieser Mikrobe glauben auf Grund des häufigen Vorkommens bei Patienten und der biologischen Reaktionen (Agglutination, Komplementablenkung).

Lehndorff (Wien).

Shiga, Imai und **Eguchi.** *Eine Modifikation von Bordet-Gengous Nährboden für die Keuchhustenbazillen nebst einzigen Ergebnissen in serologischer Beziehung.* (Zentralbl. f. Bakt. u. Parasitenk., 1913, Bd. LXIX, S. 104.)

Der Keuchhustenbazillus und der Influenzabazillus stehen sich sehr nahe, sind aber durch Komplementbindung und Opsoninreaktion voneinander zu trennen. Therapeutische Versuche an Pertussiskranken mit polyvalentem Vakzin und mit einem Immunserum (von einer Ziege) hatten keinen besonders guten Erfolg.

Lehndorff (Wien).

Serologie und Immunitätslehre.

Major und **Nobel.** *Über die Empfindlichkeit der kindlichen Haut gegenüber Dysenterietoxin und Tuberkulin.* (Zeitschr. f. d. ges. exper. Med., 1913, Bd. II, S. 9.)

Von Tuberkulin wurde 0·1 bis 1·0 mg, vom Dysenterietoxin 0·05 mg intrakutan injiziert. Es zeigte sich, daß ein Parallelismus

nicht besteht; diese Divergenz fand sich besonders bei Säuglingen und bei masernkranken Kindern, die auf Tuberkulin negativ, auf Dysenterietoxin positiv reagierten. War eine starke Reaktion auf Tuberkulin vorhanden, so fiel auch die Dysenteriereaktion sehr intensiv aus. Lehndorff (Wien).

S. N. Listowskaja. *Die Anaphylaxie und ihre klinische Bedeutung.* (Pädiatrija, September 1912.)

Sammelreferat. Schlieps (Charkow).

H. Kleinschmidt. *Über Milchanaphylaxie.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XI, Nr. 12, 1913.)

Die vorliegende Studie stellt einen Versuch dar, die Kuhmilchidiosynkrasie des Säuglings mit Hilfe des Tierexperimentes als anaphylaktische Erscheinung zu deuten. Verf. geht von den Differenzen aus, die im allgemeinen konstitutionelle Überempfindlichkeit und Anaphylaxie voneinander trennen, und findet als wesentlichen Hinderungsgrund für eine Identifizierung der Kuhmilchidosynkrasie mit der Anaphylaxie die Notwendigkeit, Sensibilisierung und Auslösung des Schocks vom Magendarmkanal aus anzunehmen. Das erste Kapitel der Arbeit behandelt also die Sensibilisierung durch Milchfütterung beim Meerschweinchen. Die Versuchsanordnung wird genau geschildert, das Ergebnis ist einwandfrei positiv; denn es läßt sich bei bestimmter Dosierung ein tödlicher Schock mit typischem Sektionsbefund durch intrakardiale Probeinjektion auslösen. Das einfache kurze Aufkochen der Milch ändert an diesem Versuchsergebnis nichts; durch $^1/_4$stündiges Kochen wird dagegen das enterale Sensibilisierungsvermögen wesentlich vermindert. Diese Tatsache läßt sich darauf zurückführen, daß in erster Linie Albumin und Globulin der Milch am Sensibilisierungsprozeß beteiligt sind und nur zuweilen eine Kaseinüberempfindlichkeit besteht. Die Anaphylaxie gegenüber den Molkeneiweißkörpern und dem Kasein kann gleichzeitig vorhanden sein.

Die Versuchsresultate werden in einem zweiten Kapitel unter Berücksichtigung der Literatur kritisch besprochen. Die Sensibilisierung vom Darmkanal aus hat nach unseren heutigen Kenntnissen die Resorption artspezifischer Eiweißteile zur Voraussetzung. Eine solche ist bisher, abgesehen vom Neugeborenen nur beobachtet worden bei übermäßiger Eiweißfütterung oder Schädigung des Magendarmepithels beziehungsweise der Magenverdauung. Durch die Anaphylaxiereaktion wird in den vorliegenden Versuchen die Resorption von Kuhmilcheiweiß scheinbar unter normalen Verhältnissen erwiesen, doch muß Verf. die Frage offen lassen, ob nicht auch hier eine Funktionsstörung des Darmes vorgelegen hat. Im dritten Kapitel werden Experimente zur Auslösung des Schocks vom Darmkanal aus geschildert. Sie verliefen sowohl bei subkutan als auch durch Fütterung vorbehandelten Meerschweinchen negativ, lediglich eine Herabsetzung der Empfindlichkeit gegen die nachfolgende

Probeinjektion ließ sich erzeugen. In einem 4. Kapitel schließlich werden die Möglichkeiten besprochen, beim Menschen eine Milchanaphylaxie nachzuweisen:

1. Nachweis von Rindereiweiß im Blut.
2. Nachweis von Rindereiweißantikörpern.
3. Intrakutanreaktion mit Rindereiweiß.
4. Nachweis von Antianaphylaxie.

Verf. hat speziell Untersuchungen mit intrakutaner Injektion von Kuhmilchberkefeldfiltrat beim Menschen gemacht, sie verliefen unter gewöhnlichen Verhältnissen negativ, sind also als Kontrollversuche für Fälle von Kuhmilchidiosynkrasie verwertbar.

Autoreferat.

H. Kleinschmidt. *Ernährung und Antikörperbildung.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XII, S. 423, 1913.)

Die engen Beziehungen, die im Kindesalter zwischen Ernährung und natürlicher Immunität bestehen, haben den Verf. veranlaßt, tierexperimentelle Untersuchungen über das Verhalten der Antikörperbildung unter verschiedenen Ernährungsbedingungen anzustellen. Als Versuchstier diente der Hund, untersucht wurde die Bildung von Hämolysinen, Agglutininen und Bakteriozidinen. Es ergab sich, daß neben der Ernährungsform die Anlage von ausschlaggebender Bedeutung für die Fähigkeit zur Antikörperproduktion ist. Günstig veranlagte Tiere brauchen bei künstlicher Ernährung während der Säugungsperiode, ebenso bei einer mit Kohlehydraten oder Fett extrem angereicherten Kost keinerlei Störung in der Antikörperbildung zu erfahren. Weniger günstig veranlagte Tiere aber, die infolge künstlicher Ernährung während der Säugungsperiode eine Ernährungsstörung erwerben, können in der Hämolysinbildung beeinträchtigt werden. Immerhin kann im Reparationsstadium die Fähigkeit zur Hämolysinbildung annähernd normal entwickelt sein, auch wenn die allgemeine körperliche Entwicklung noch erheblich im Rückstande ist. Die Fähigkeit des Organismus spezifische Schutzstoffe zu bilden und der Begriff der natürlichen Widerstandsfähigkeit sind nicht ohneweiters gleichzusetzen; der Körper verfügt noch über eine Reihe anderer Abwehreinrichtungen, die uns jedoch erst zu einem kleinen Teile bekannt sind. Autoreferat.

Gózony. *Über serologische Unterschiede zwischen mütterlichem und fötalem Blutserum.* (Zeitschr. f. Immunitätsf. u. exper. Therap., 1913, Bd. XIX, S. 172.)

Das fötale Serum von Meerschweinchen und Kaninchen enthält kein hämolysierendes Komplement; letzteres hat bakterizide Wirkung. Erst am 12. Lebenstage wird die hämolysierende Kraft des mütterlichen Serums erreicht. Lehndorff (Wien).

Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.

Haskell. *The comparative value of various sugars in the feeding of infants.* (Wert der verschiedenen Zuckerarten bei der Säuglingsernährung.) (Arch. of Pediatr., August 1913.)

Die Ergebnisse des Verf. deuten auf eine entschiedene Minderwertigkeit der Dextrin-Maltosegemenge gegenüber der Malzsuppe oder auch dem Milchzucker hin.

[Wachenheim (New York).

F. Steinitz und **R. Weigert** (Breslau). *Erfahrungen mit Molkensuppe bei Säuglingen.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., Orig., 1913, Bd. XII, S. 243.)

Der Wunsch, Säuglinge mit einer fettarmen Nahrung aus akuten Ernährungsstörungen herauszubringen, veranlaßte die Verff. zu Ernährungsversuchen mit Molke, die mittels Pegnins aus Vollmilch hergestellt wurde. In Anlehnung an die Versuche Stoltes, der sich zu diesem Zwecke der Buttermilch unter Zusatz von Mondamin, dem schwerst verdaulichem Mehle, bedient hatte, stellten sie eine Suppe aus unverdünnter Molke mit 4% Mondamin her. Sie behandelten mit der Molkensuppe Säuglinge mit Durchfällen. Dabei gingen die Verff. so vor, daß sie ohne oder mit nur kurzer zwischengeschobener Teediät zwei bis drei Mahlzeiten Molkensuppe gaben und im übrigen das Kind bei der bisherigen Milchmischung — aber ohne Zuckerzusatz — beließen. Die Erfolge waren außerordentlich zufriedenstellend. In den meisten Fällen ließen die Durchfälle, auch die ruhrartigen der älteren Kinder, rasch nach, und es traten weiche, pastige, für das Verfahren typische Stuhlentleerungen auf, so daß die Molkensuppe wieder fortgelassen oder ein Zuckerzusatz (eventuell zuerst Soxhlets Nährzucker) gegeben werden konnte. Durch die Molkensuppe wurde besonders günstig akutes oder chronisches Erbrechen beeinflußt. Als ein nicht zu unterschätzender Vorteil erwies es sich, daß durch die Verabreichung der Molkensuppe meist der Gewichtssturz der erkrankten Kinder aufgehalten oder vermieden werden konnte. Kinder mit Mehlnährschaden konnten vor dem bei dem Übergang zur Milchnahrung sonst zu fürchtenden katastrophalen Zusammenbruch bewahrt werden. Gleichzeitig wurde bei schwer erkrankten Kindern ein günstiger Einfluß auf die darniederliegende Herzfunktion beobachtet, ohne daß es je zu Ödemen gekommen wäre.

Auch bei künstlicher Ernährung Neugeborener konnte durch die prophylaktische Verabreichung einer Mahlzeit Molkensuppe neben den üblichen Milchverdünnungen die Neigung zu Darmgärungen vermieden werden. Die mitgeteilten Beobachtungen bedürfen, da sie an ambulantem Material gewonnen sind, der klinischen Nachprüfung. Autoreferat.

Solon Veras (Smyrna). *Malted food in the treatment of enteritis in young children.* (Brit. Journ. of childr. dis., Juli 1913.)

Verf. verwendet gegen mit starken Fäulniserscheinungen einhergehende Enteritiden mit gutem Erfolge eine mit Diastase vorbehandelte Nahrung nach Terrien, und zwar gibt er sie in den ersten Tagen ohne Milch, später mit Milchzusatz. Eckhardt.

I. W. Troitzky (Charkow). *Die Magendarmstörungen der frühesten Jugend. Theorien und Probleme.* (Pädiatrija, August 1912.)

Unter dem Motto „Nova sed non novum" bringt der Verf. in ausführlichem Referat die Einteilung und Therapie der Ernährungsstörungen hauptsächlich der in Frage kommenden deutschen und französischen Autoren und unterzieht sie dabei einer scharfen Kritik. Seiner Meinung nach ist nichts wesentlich Neues geschaffen worden, nur neue Ausdrücke und Bezeichnungen für altbekannte Krankheitsbilder, die in den Köpfen der praktischen Ärzte in bezug auf Diagnose und Therapie höchstens Wirrwarr anzurichten vermögen. So sei z. B. „Unterbilanz" nichts weiter als „der erste Grad der Dyspepsie", „Dekomposition" gleichbedeutend mit „allgemeiner Atrophie des kindlichen Organismus"; die „alimentäre Intoxikation" paßt voll und ganz in den Rahmen der Cholera infantum usw. Überraschend ist es, daß der Verf. anläßlich der Besprechung der Dekomposition (dritten Grades nach R. Fischl) die Mitteilung macht, er hätte trotz seiner langjährigen praktischen Tätigkeit noch nie einen Säugling gesehen, der nicht Frauenmilch vertragen hätte. „Es ist noch niemand und niemals gelungen, die Natur zu überlisten, deren unerschütterliche Gesetze die Ernährung der Säuglinge an der Brust vorschreibt, damit sie nicht stürben und erkrankten." Darauf ließe sich, abgesehen von dem klar auf der Hand liegenden speziellen Falle, erwidern, daß der größere Teil unserer ärztlichen Tätigkeit und unserer schönsten Erfolge in einer Überlistung der Natur, wenn man sich so ausdrücken will, besteht, sei es durch zielbewußte Ernährung, eine Medikation oder einen operativen Eingriff.

Anläßlich der Besprechung der Ernährungsstörungen ex alimentatione sagt der Verf.: „... Die ganze Noxe in den Fetten und Kohlehydraten zu sehen, mit Beharrlichkeit Eiweiß in der einen oder andern Form zu empfehlen, hieße die Augen vor Tatsachen verschließen, hieße das Wohlergehen des Kindes riskieren, da in seinem Darm die allergefährlichste Infektion zustande kommen kann, die wir kennen, Zersetzung und Fäulnis der Eiweißelemente." — So viel zur Charakteristik des kritischen Teiles vorliegender Arbeit.

Zum Schluß meint der Verf., daß wir nur dann sicher in der Wahl des einen oder andern Ernährungsregimes bei Magendarmerkrankungen der Säuglinge sein werden, wenn Laboratorium und Klinik, in völlig solidarischer Arbeit miteinander, in jedem gegebenen Falle mit Präzision die Abweichungen der Verdauungstätigkeit gegenüber den Nahrungselementen feststellen; wenn der Pädiater auf dem Wege exakter Analyse mit dem Zustande des Stoffwechsels, Blutes und Nervensystems bekannt sein wird.

Auf die zur Gegenkritik herausfordernde Arbeit ließe sich vieles erwidern. Verf. läßt es gänzlich unerwähnt, wie groß der Wirrwarr in bezug auf die Nomenklatur der Magendarmerkrankungen in früheren Zeiten war. Ist es doch vorgekommen, daß sich zwei Pädiater auf Kongressen heftig befehdeten, bis es sich schließlich herausstellte, daß beide unter einer Bezeichnung etwas gänzlich Verschiedenes verstanden! Das ist nun doch, und wohl in erster Linie dank den Verdiensten Czernys, anders geworden. Die einfache und leicht faßbare

Einteilung der Ernährungsstörungen nach Czerny, die mit der Bezeichnung zugleich die Ätiologie und damit die in Frage kommende Therapie angibt, wird glücklicherweise immer mehr Allgemeingut auch der praktischen Ärzte. Freilich kann die Wirrnis wieder groß werden, wenn jeder moderne Pädiater es für seine Pflicht hält, eine neue Einteilung der Ernährungsstörungen liefern zu müssen, etwa so, wie die älteren Pädiater unbedingt ein Lehrbuch der Kinderheilkunde schreiben mußten.

Was die vom Verf. vorgeschlagenen Mittel und Wege zur Erreichung des Zieles anbelangen, so sind sie zum Teil schon längst eingeschlagen worden. Ich erinnere z. B. nur daran, daß etwa ein Drittel der nach Czernys Angaben in Breslau erbauten Universitätskinderklinik von Laboratorien eingenommen wurde, und heute gibt es in Deutschland wohl kaum eine Kinderklinik, die nicht mehr oder weniger ausreichende Laboratorien aufzuweisen hätte. Selbstverständlich ist auch auf dem Gebiete der Ernährungsstörungen, wie überall in der Medizin, noch lange nicht das letzte Wort gesprochen worden. Wer aber der modernen Pädiatrie nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch gefolgt ist, der wird zugeben müssen, daß im Laufe der letzten anderthalb Dezennien, speziell was die Ernährung künstlich genährter und ernährungsgestörter Säuglinge anbelangt, eminente Fortschritte und Errungenschaften zu verzeichnen sind. Schlieps (Charkow).

Hector Charles Cameron. *Summer heat and summer diarrhoea.* (Brit. Journ. of childr. dis., Mai 1913.)

Die Sommerdiarrhöen werden durch gleichzeitiges Einwirken verschiedener Faktoren hervorgerufen: direkter Einfluß der Hitze auf das Kind, indirekter Einfluß durch Herabsetzung der Toleranz für Nahrung, Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit gegen Infektionen, Begünstigung der Zersetzung der Nahrung.

Eckhardt.

Mercer. *Recurrent vomiting in children.* (Rezidivierendes Erbrechen bei Kindern.) (Arch. of Pediat., Juni 1913.)

Verf. bemerkt die Rolle der Azidose bei dieser Krankheit und behandelt sie entsprechend. Eine Verwandtschaft zur Migräne ist vermutet. Wachenheim (New York).

Clock. *117 Cases of infantile diarrhea treated by intestinal implantation of the bacillus lactis bulgaricus.* (Behandlung der Säuglingsdiarrhöe mit dem Bacillus bulgaricus.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 19. Juli 1913.)

Von 117 Patienten wurden fast alle geheilt. Die Bazillen müssen in Reinkultur und großen Dosen dargereicht werden; andere Varietäten des Milchsäurebazillus sind minderwertig. Der Hauptwert der Behandlung besteht darin, daß man weder Laxantien anwendet, noch das Nahrungsquantum herabsetzt. Der Stuhl wird in wenigen Tagen normal und etwa bestehende Temperatursteigerung tritt prompt zurück. Wachenheim (New York).

Milchwissenschaft.

R. Willheim (Wien). *Zur Chemie des Kaseins aus Frauen- und Kuhmilch.* (Vortr. i. d. Abt. „Physiologie und physiol. Chemie" d. Naturforscherversammlung in Wien.)

Im ersten Teil seiner Ausführungen geht der Vortragende von der verschiedenen Wertigkeit von Frauen- und Kuhmilch in der Säuglingsernährung aus. Diese Tatsache stellt den physiologischen Chemiker vor das Problem, nach chemischen Unterschieden zwischen diesen beiden Milcharten, insbesondere zwischen den Kaseinen derselben, zu forschen.

Die diesbezüglichen, sehr zahlreichen Untersuchungen hatten nun bisher im großen und ganzen sehr wenig Erfolg; abgesehen von der von Roehmann festgestellten Tatsache, daß nach dem Ausfall der Molischreaktion dem Frauenmilchkasein ein Kohlehydratkomplex eigen ist, während dem Kuhmilchkasein ein solcher völlig oder fast völlig fehlt, ist es bisher nicht gelungen, einwandfreie und konstante Unterschiede zwischen den beiden Eiweißkörpern zu finden. Die Ursache dieses geringen Effektes der Forschung mag wohl ihren Grund darin haben, daß der physiologischen Chemie eigentlich noch immer Methoden mangeln, um in die Struktur der Eiweißmoleküle genaueren Einblick zu gewinnen.

Einen Fortschritt in dieser Hinsicht scheint eine Methodik zu bedeuten, die von Obermayer und dem Vortragenden vor etwa 2 Jahren in die chemische Eiweißuntersuchung eingeführt wurde. Diese Autoren haben das Prinzip der von Soerensen zum Zwecke der Bestimmung von Aminosäuren angegebenen Formoltitration dazu verwendet, um die in einer bestimmten Eiweißmenge vorhandenen endständigen Aminogruppen zu bestimmen.

Der Quotient aus der in der betreffenden Eiweißmenge enthaltenen Menge Gesamtstickstoff durch die auf diesem neuen Wege gefundene Zahl der endständigen Aminogruppen, also ein Wert, der angibt, auf wieviel Atome Gesamtstickstoff eine endständige NH_2-Gruppe kommt, wurde als Aminoindex des betreffenden Eiweißstoffes bezeichnet. Es stellte sich bald heraus, daß dieser Aminoindex bei verschiedenen Eiweißkörpern verschieden ist. Ja, es gelang Obermayer und Willheim sogar, durch Bestimmung dieser Größe Unterschiede zwischen bloß artverschiedenen im übrigen gleichen Serum-Eiweißkörpern zu finden. Das bedeutet also eine chemische Differenzierung auf einem Gebiete, wo Unterschiede bisher bloß auf biologischem Wege (Immunitätsreaktionen) nachweisbar waren.

Der Vortragende hat nun mit Hilfe dieser Methodik auch die beiden in Rede stehenden Kaseine untersucht und in der Tat zeigte sich ein evidenter Unterschied: Der Aminoindex des Kuhmilchkaseins beträgt zirka 17·3, der des Frauenmilchkaseins zirka 19·2. Das heißt also, daß in Kuhmilchkasein auf zirka je 17, in Frauenmilchkasein jedoch auf zirka 19 Gesamtstickstoffatome 1 endständige NH_2-Gruppe kommt. Dieser Unterschied erwies sich bei wieder-

holten Unterscuhungen als völlig konstant und liegt ganz außerhalb der Fehlerbreite der Methodik. Es ist sonach gelungen, einen rein chemisch definierten, strukturellen Unterschied zwischen dem Kasein der Frauen- und Kuhmilch nachzuweisen.

Im zweiten Teil seiner Ausführungen beschäftigt sich der Vortragende mit der Labgerinnung. Das Wesen dieses seit den ältesten Zeiten bekannten Vorganges ist bis heute nicht geklärt. Nur soviel scheint durch die Untersuchungen Hammarstens gesichert zu sein, daß es hierbei zur Abspaltung eines albumosenartigen Körpers, des Molkeneiweißes, aus dem Komplex des Kaseinmoleküls kommt.

Der Vortragende hat nun auch die Labgerinnung formoltitrimetrisch verfolgt und dabei feststellen können, daß erstens das Molkeneiweiß einen viel niedrigeren Index hat als das Kasein, was mit der Annahme, daß es sich hier in der Tat um einen verhältnismäßig einfacher gebauten Eiweißkörper handelt, im Einklang steht.

Eine weitere Feststellung bezieht sich nun auf den Gesamtgehalt einer unter Labwirkung gestandenen neutralen Kaseinlösung an endständigen NH_2-Gruppen. Der Vortragende konnte hierbei die auffallende Tatsache feststellen, daß unter der Wirkung des Labfermentes eine Zunahme der endständigen NH_2-Gruppen nicht statthat. Das hätte aber wohl der Fall sein müssen, falls es sich hier wie bei den anderen bekannten eiweißspaltenden Fermenten um die hydrolytische Spaltung polypeptidartiger (säureamidartiger) Bindungen handeln würde. Wenn es sich bei der Labwirkung wirklich um eine Spaltung handelt, dann muß diese nach einem andern Typus verlaufen, indem der Riß nicht in den polypeptidartigen Bindungen vor sich gehen kann, sondern sich an irgend einer andern Stelle, z. B. in der Kohlenstoffkette, vollziehen muß. Damit ist in exakter Weise gezeigt, daß entgegen der Ansicht Sawjalows die Labwirkung mit der verdauenden Wirkung des Pepsins keineswegs identisch ist. Keller (Berlin).

Stoffwechsel.

Abderhalden und **Fodor.** *Über Abwehrfermente im Blutserum Schwangerer und Wöchnerinnen, die auf Milchzucker eingestellt sind.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 34.)

Von 10 Wöchnerinnen baute eine, von 12 Schwangeren ebenfalls nur eine Laktose ab. Klotz.

J. **Peiser.** *Über die klinische Wertung der Urobilinogenurie im Säuglingsalter.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XII, 1913, 541.)

Die von Ehrlich angegebene Harnreaktion mit Dimethylamidobenzaldehyd, welche als Urobilinogenreaktion aufzufassen ist, weist auf eine Leberinsuffizienz hin. Deshalb hat sie auch für die Pathologie des Säuglingsalters Bedeutung. Verf. hat bei 183 kranken

Säuglingen die Reaktion wiederholt beziehungsweise fortlaufend geprüft. Es ergab sich keine Beziehung zu Albuminurie oder zur Nylanderschen Reaktion oder zum Charakter des Stuhlgangs, auch nicht zu Indikanurie. Die stärkste Reaktion fand sich bei einem Fall von Pylorusstenose. Die Ergebnisse bei den anderen Affektionen können hier nicht im einzelnen wiedergegeben werden. Im allgemeinen fand sich oft ein Parallelgehen der Urobilinogenreaktion mit dem klinischen Verhalten des Säuglings, so daß ihr ein gewisser prognostischer Wert zukommt. Dieser wird jedoch dadurch eingeschränkt, daß die Urobilinogenreaktion dem klinischen Verhalten des Kindes nicht regelmäßig folgt. Positive Urobilinogenreaktion verschlechtert die Prognose, negative bessert sie nur, wenn sie sich mit anderen Symptomen vereint, die im gleichen Sinne zu verwerten sind.

Autoreferat.

R. S. Frew and **A. G. Garrol.** *Glycosuria in tuberculous meningitis.* (Lancet, 4. Januar 1913.)

Verff. fanden Glykosurie in 15 von 41 Fällen von tuberkulöser Meningitis (alle bis auf 3 seziert). Bei anderen Meningitiden fand sich keine Zuckerausscheidung. Die Glykosurie trat meist 48 Stunden vor dem Tode auf (10 Fälle), selten früher oder später. Besondere klinische Unterschiede der glykosurischen und nichtglykosurischen Fälle fanden sich nicht; weder Geschlecht noch Alter noch Höhe des intrakraniellen Druckes hatten irgend welchen Einfluß; ebensowenig verschiedene andere Faktoren. Weder am Pankreas, noch an der Schilddrüse, noch an den Nebennieren fanden sich pathologische Veränderungen.

Eckhardt.

Hess. *The pathogenesis of casein curds in the stools of infants.* (Pathogenese der Kaseingerinnsel im Säuglingsstuhle.) (Americ. Journ. Dis. Childr., Juni 1913.)

Die Kaseinbeschaffenheit der großen, festen Gerinnsel ist unbestreitbar, sie werden schon im Magen gebildet und verursachen im Darm keine größere Beschwerden, doch dürfen sie fürs erste nicht als ganz harmlos betrachtet werden. Am besten wird ihre Bildung durch Pasteurisierung bei etwa 80° C verhindert, die übliche Temperatur von 64° genügt zu diesem Zwecke nicht. Bei vielen Kindern scheinen die Gerinnsel nicht den geringsten Schaden zu stiften.

Wachenheim (New York).

Fötus und Embryo.

Bruno Wolff (Rostock). *Über die Herkunft des Amnioswassers.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 1437.)

Nach kritischer Besprechung der Literatur und unter Berücksichtigung eigener experimenteller Untersuchungen kommt Verf.

zu dem Resultat, daß das Amnioswasser nicht als mütterliches Produkt anzusehen ist. Die alleinige direkte Quelle des Amnioswassers im lebenden Ei ist vielmehr die Frucht, die das Material, das sie zur Bereitung des Amnioswassers gebraucht, selbstverständlich dem mütterlichen Organismus entnimmt. Dementsprechend ist das Fruchtwasser in Qantität und Qualität von der Beschaffenheit der mütterlichen Nährflüssigkeit abhängig. Für die Fruchtwasserbereitung kommen außer einer sekretorischen Tätigkeit des amniotischen Epithels die Nieren und die endokrinen Drüsen in Betracht.

Die Frage ist für die Beziehungen zwischen Fruchtwasser und Mißgeburt von Interesse; denn wenn Fruchtwasser ein rein fötales Produkt ist, kann man sich nicht mit der Behauptung beruhigen, daß Mangel an Fruchtwasser die Ursache dieser oder jener Mißbildung sei. Es wird vielmehr zu untersuchen sein, ob die Oligohydramnie in solchen Fällen nicht an sich schon auf einer Anomalie des Eies beruht. Keller (Berlin).

Neugeborene.

E. Lövegren. *Erfahrungen und Studien über Melaena neonatorum.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVIII, S. 249—277.)

Verf. berichtet über 10 Fälle von Melaena neonatorum, bei denen blutige Stuhlentleerungen und zum Teil auch Blutbrechen in den ersten Lebenstagen auftraten und die sämtlich ohne Fieber verliefen. Die beiden Geschlechter waren ziemlich gleichmäßig vertreten — 6 Mädchen und 4 Knaben. Die mit subkutanen Gelatineinfektionen behandelten 5 Fälle endigten alle mit Genesung. In 3 Fällen konnte ein genauer Obduktionsbefund erhoben werden. Dabei fanden sich regelmäßig Blutungen in der Drüsenschicht der Magenschleimhaut, die zu mikroskopisch und in einem Falle auch zu makroskopisch erkennbaren Substanzverlusten der Schleimhaut geführt hatten. Von Schleimhautblutungen war zum Teil auch das Duodenum und das Kolon betroffen. Blutungen außerhalb der Verdauungswege wurden im Mark der Nebennieren, unter der Pleura und in der Niere gesehen.

Die Ursache der Blutungen bilden vielleicht primäre Veränderungen des Blutes, etwa Mangel an Thrombin, wie ihn Whipple gefunden hat. In einem vom Verf. beobachteten Fall war, solange die Blutungen anhielten, die Geldrollenbildung im Blutpräparat gestört und die Gerinnungszeit des Blutes ausgesprochen verlängert. Mit der Besserung der klinischen Erscheinungen verschwanden auch diese Abweichungen vom normalen Verhalten des Blutes.

H. Vogt.

Adair. *Care of the umbilical stump.* (Pflege des Nabelstumpfes.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 23. August 1913.)

Infektion des Stumpfes, eventuell mit pathogenen Keimen, findet oft gleich nach der Geburt statt; diese kann indes durch die einfachsten antiseptischen Verfahren bekämpft werden. Es ist möglich, daß der Icterus neonatorum auf diese Weise entsteht und auf dieselbe Ursache dürfte man die gelegentlichen Temperatursteigerungen bei Neugeborenen zurückführen.

Wachenheim (New York).

Diathesen.

Peverell S. Hichens. *Remarks on some fatal cases of ekzema in children.* (Brit. Journ. of child. dis., September 1913.)

Verf. hat bei 5 Ekzemfällen im Säuglingsalter, die sehr rasch zur Heilung kamen, plötzlichen Tod erlebt und glaubt, „eine Art innerer Vergiftung" annehmen zu müssen, die durch Versperren des Abflußweges durch die Haut zustande komme. Eckhardt.

Bierring, Goodrich and **Glomset.** *Status thymolymphaticus.* (Americ. Journ. Dis. Childr., August 1913.)

Verff. berichten über 4 Fälle in einer Familie, die alle plötzlich ohne spezielle Ursache erlagen. Sämtliche Kinder zeigten die typischen Drüsen- und Thymusvergrößerungen; 3 hatten Stickanfälle und Taubheit; im ganzen sahen alle leidlich gesund aus mit Ausnahme des pastösen Habitus. Bei der Sektion fand man die erwähnten Schwellungen, Thymus durchschnittlich 40 g. Verff. meinen indes, daß die Thymusvergrößerung für sich den letalen Ausgang kaum erklärt. Wachenheim (New York).

William G. Mac Callum (New York). *Über die Übererregbarkeit der Nerven bei Tetanie.* (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1913, Bd. XXV, S. 941.)

Interessante Tierexperimente führten den Verf. zu folgenden Ergebnissen: „Die Übererregbarkeit des neuromuskulären Apparates bei Tetanie stellt eine wenigstens ebenso große Veränderung im peripheren Abschnitt wie im zentralen Nervensystem dar. Der peripherische Abschnitt eines Neurons kann übererregbar gemacht werden durch Bespülung mit tetanischem Blute, während der zentraler gelegene Teil in seinem normalen Zustand verharrt. Es ist begreiflich, daß die Nervenendigung besonders affiziert ist, da Schwankungen in der Erregbarkeit des Muskels auf direkte Reizung nicht deutlich sind. Jene Übererregbarkeit ist durch Veränderungen in der Beschaffenheit des kreisenden Blutes hervorgerufen. Diese

können in der Anwesenheit eines bestimmten kreisenden Toxins bestehen, und dies Toxin kann wieder durch Entziehung von Kalzium wirken, da Durchströmung von oxaliertem Blute Wirkungen hervorruft, gleich denen, die der Durchströmung mit tetanischem Blute folgen." R. Weigert (Breslau).

F. Lust (Heidelberg). *Über den Einfluß der Alkalien auf die Auslösung spasmophiler Zustände.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 37.)

Es gibt spasmophile Kinder, welche auf Kuhmilchmolke reagieren, und wieder andere, welchen „die Kuhmilch nicht nur nichts schadet, sondern die sich sogar bei einer solchen Diät besser als bei reiner Mehldiät befinden". Diese 2 Gruppen sind klinisch unverkennbar: die eine, welche bei molkenfreier Milch oder ungesalzener Mehlsuppe ihre Übererregbarkeit verliert, die andere, an welcher diese Diättherapie spurlos vorübergeht. Da es aber kein Kriterium gibt, um voraussagen zu können, zu welcher Kategorie der Fall gehört, so sei man a priori mit der Kochsalzdosierung zurückhaltend.

Das Kalium ist, wie Verabreichung von Kaliumchlorid lehrte, stark spasmogen, während Kalkgaben die Erregkarbeit herabsetzen. Praktische Folgerungen will Lust vorerst aus seinen Beobachtungen nur mit großer Reserve gezogen wissen. Klotz.

Bernheim-Karrer. *Zur Behandlung der Spasmophilie im Säuglingsalter.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XII, S. 453, 1913.)

Bernheim-Karrer empfiehlt, neben dem Phosphorlebertran gleichzeitig molkenfreie Milch zu geben, da dadurch insbesondere die K.-Ö.-Z. rascher zur Norm zurückkehrt als durch ersteren allein. Die Heilungsdauer betrug im Durchschnitt 7·9 Tage. Der kürzeste Termin war 1 Tag, der längste 24 Tage. Zwei Drittel der Fälle heilten innerhalb der ersten Woche. Ungeheilt blieb keiner. Von den 12 auf diese Weise behandelten Kindern starb keines, trotzdem sich darunter zum Teil Schwerkranke befanden. Autoreferat.

Oswald Meyer. *Zur Parathyreoidinbehandlung der Spasmophilie.* (Therap. d. Gegenw., 1913, S. 354.)

Bei einem sehr schweren Falle von Spasmophilie (Laryngospasmus, Karpopedalspasmen), in dem $1^1/_2$ Jahre die übliche Theraphie ohne Erfolg war, hat Verf. Parathyreoidin angewandt. Es wurden anfangs 1 Tablette = 0·1 wirksamer Substanz gegeben; im Verlaufe der Behandlung hin und wieder Durchfälle, die Verf. als Folgen der Nebenschilddrüsentherapie auffaßt. Nach 8 Tagen Aufhören der Karpopedalspasmen, allmähliches Verschwinden des Laryngospasmus; nach $1^1/_2$ Monaten Fazialisphänomen, elektrische Übererregbarkeit unverändert; während einer Bronchopneumonie Auftreten von Karpopedalspasmen und eines eklamptischen Anfalles. Unter fortgesetzter Behandlung trat nach $5^1/_2$ Monaten Heilung ein. Verfüttert wurden 250 Tabletten. Bei einer jüngeren Schwester, die ebenfalls an

hochgradiger Spasmophilie litt, war Parathyroidin ebenso wie jede andere Therapie ohne Erfolg; bei der Autopsie dieses Kindes: Epithelkörperchen normal. Verf. sieht in dieser Beobachtung einen Heilerfolg, der dem Parathyroidin zuzuschreiben ist. Demgegenüber möchte Ref. bemerken, ob nicht diese Therapie im Momente der Selbstheilung einsetzte; denn während das Kind früher keine Milch ohne erhebliche Verschlimmerung der manifesten Symptome zu sich nehmen konnte, vertrug es bereits 2 Monate vor Einsetzen der Nebenschilddrüsenbehandlung $^1/_4$ bis $^1/_2$ Liter Milch täglich ohne manifeste Erscheinungen. Orgler.

Infektionskrankheiten.

Brückner (Dresden). *Die Diät beim Scharlach.* (Fortschr. d. Med., Jahrg. XXX.)

Eine mehr oder minder strenge Milchdiät kann die Nephritis nicht verhüten (vielleicht aber doch schon in ihren Anfängen mildern! Ref.); denn diese steht mit dem Scharlach in einem gesetzmäßigen Zusammenhang. Verf. gibt daher seinen Scharlachkranken die gewöhnliche gemischte Krankenhauskost ohne jede Einschränkung. Seine Resultate waren dabei nicht schlechter als bei einer „moderierten" Milchdiät. Hohlfeld (Leipzig).

Oskar Kirsch (Wien). *Die Abblassungserscheinungen des Scharlachexanthems in ihrer weiter reichenden Bedeutung.* (Vortr. i. d. Abt. „Innere Medizin, Balneologie und Hydrotherapie" der Wiener Naturforscherversammlung.)

Die im Verlaufe der Scharlachrekonvaleszenz sich vollziehende Wiederverengerung der durch den Scharlachausschlag mächtig entzündlich erweiterten Hautblutgefäße überschreitet sichtlich das Maß des ursprünglichen Gefäßkontraktionszustandes und es resultiert ein verschieden starker Grad von „spastischer Pseudoanämie", als deren Ausdruck die sogenannte „livedo annullaris pseudoanaemica" erscheint. Auch das System der subkutanen Hautvenen paßt sich dem Zustande verringerter Hautdurchblutung dadurch an, daß es sich während der Scharlachrekonvaleszenz ganz auffällig verengert. Die an gewissen Prädilektionsstellen, insbesondere an den Wangen, sich entwickelnden „Gefäßstreifen" entsprechen verengerten präkapillaren Venen. Die tiefgreifende Schädigung der Kapillarkontraktilität gibt sich ferner kund durch einen hohen Grad von vasomotorischer Übererregbarkeit der Hautgefäße, weiter durch eine Neigung zu leichten Graden peripherer Zyanose sowie zu dem Auftreten der sogenannten Abblassungsblutungen. Der Abblassungsvorgang beläßt demnach die scharlachrekonvaleszente Haut in einer Art angioneurotischen Zustandes, ein Beispiel dafür, daß eine derartige Hautbeschaffenheit unter Umständen lediglich durch Schädi-

gung peripherer Gefäße entstehen kann und nicht neurogen bedingt sein muß. Der von allen Autoren festgestellten auffälligen Blutleere der Nierenglomerusgefäße bei Scharlachnephritis liegt wahrscheinlich in einer der Hautgefäßveränderung analogen Weise gleichfalls eine spastische Verengerung derselben als Ausdruck einer an diesen Kapillaren sich abspielenden Exanthemabblassungserscheinung zugrunde. Die Blutdrucksteigerung der Scharlachnierenentzündung steht gleichfalls im Zusammenhang mit den Abblassungserscheinungen und scheint dann zu entstehen, wenn übermäßige Exanthemabblassung in ausgedehnten Organgebieten zu übermäßiger Verengerung der Kapillaren führt.

Die Beobachtungen stammen aus der Kinderklinik der Wiener allgemeinen Poliklinik (Jehle). Keller (Berlin).

M. Kretschmer. *Zur Pathogenese des Scharlachs.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVIII, S. 278—290.)

Verf. bespricht die verschiedenen zur Deutung des Scharlachs und seiner klinischen Erscheinungsformen aufgestellten Erklärungsversuche und kommt dabei zu folgenden Schlußsätzen: 1. Die bisherigen Angaben über Scharlacherreger haben Nachprüfungen nicht standgehalten. 2. Übertragungsversuche mit Scharlachmaterial auf Tiere, besonders auf Affen, haben kein sicheres Ergebnis gehabt. 3. Die Streptokokken spielen eine große Rolle beim Scharlach. Die Annahme, daß die Streptokokken die Erreger des Scharlachs seien, ist nicht bewiesen, doch konnten bisher keine stichhaltigen Gründe gegen die Streptokokkenätiologie beigebracht werden. 4. Viele klinische und epidemiologische Tatsachen sprechen dafür, daß eine Überempfindlichkeit des betreffenden Menschen eine besondere Rolle bei Zustandekommen des Scharlachs spielt und daß der Scharlach als eine anaphylaktische Reaktion auf eine Streptokokkeninfektion anzusehen ist. 5. Bei der Prophylaxe und Therapie des Scharlachs verdient die Ernährung eine größere Beachtung als bisher.

H. Vogt.

Wilhelm Lutz (Basel). *Über Thrombenbildung bei Masern, mit besonderer Beteiligung der Lungenarterien.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 1566.)

Bei 22 Sektionen von Masernfällen, die im Baseler pathologischen Institut ausgeführt wurden, ergab sich in 8 Fällen als auffallender und in der Literatur kaum erwähnter Befund eine ausgedehnte Thrombose, 6 mal mit besonderer Beteiligung der Pulmonalarterien, und zwar beschränkte sich einmal die Thrombose auf diese allein, zweimal waren zugleich Gehirnarterien betroffen und fünfmal enthielten auch venöse Gefäße oder der rechte Ventrikel mehr oder weniger ausgedehnte Thromben. Im siebenten Falle war die Pfortader und einige Mesenterialvenen, im achten die Pfortader und mehrere Gehirnsinus thrombosiert. Auffallend war vor allem die Lokalisation in Arterien, speziell in denen der Lungen. Nach dem

mikroskopischen Bilde ist eine Embolie der Lungenarterien nicht sicher auszuschließen, doch spricht die größere Wahrscheinlichkeit für primäre Thrombose. Eine Ursache für das Zustandekommen der Thrombose ließ sich nicht feststellen. Keller (Berlin).

Fischl (Prag). *Zur Klinik des Masernexanthems.* (Fortschr. d. Med., Jahrg. XXX.)

Von ungewöhnlichen Beobachtungen aus der Erfahrung des Verf. seien erwähnt die Entwicklung einer hämorrhagischen Diathese in Form isolierter Nierenblutung; Konvulsionen bei kritischem Fieberabfall; starke Blutungen in die Wangenhaut bei gleichzeitigem Keuchhusten; Inanitionspsychose bei einem mit Rachendiphtherie komplizierten Falle; Hautemphysem bei kapillärer Bronchitis. Beginn des Exanthems an Handtellern und Fußsohlen.

Hohlfeld (Leipzig).

Craster. *Analysis of 1000 cases of epidemic measles.* (Untersuchung über 1000 Masernfälle.) (Americ. Journ. Dis. Childr., Aug. 1913.)

Mittelohrentzündung kam in der Hälfte der Fälle vor und das Alter beeinflußte diese Statistik wenig. Bronchopneumonie war ebenfalls sehr häufig und trat in 20% der Erkrankten auf; Gastroenteritis war beinahe so häufig und kleinen Kindern sehr gefährlich. Vulvitis kam bei etwa 5% der Fälle vor, doch waren hier mehrere der Fälle gonorrhoisch. Diphtherie und Scharlachfieber traten nicht selten als Komplikationen auf. Die Mortalität, hier in einer Anstalt für eben angekommene Einwanderer, war merkwürdig hoch, fast 17%, in den Wintermonaten bis 25%. Die Verhältnisse sind hier außerordentlich ungünstig gewesen, besonders in bezug auf die vorangegangene Zwischendecksreise. Verf. weist nur vorübergehend auf dieses Moment hin, die Folgerung auf mangelhafte Verpflegung der Zwischendeckspassagiere ist indes naheliegend, denn in der Stadt New York ist die Sterblichkeit der Masern kaum 2%; dabei werden bekanntlich viele leichte Fälle nicht angezeigt.

Wachenheim (New York).

M. E. Michalowitsch (St. Petersburg). *Zur Frage der Diagnose der infektiösen „masernähnlichen" Exantheme.* (Pädiatrija, August 1912.)

Mitteilung differentialdiagnostisch schwieriger Fälle aus der Praxis. Mit Recht bemerkt der Verf., daß eine wiederholte Erkrankung an Masern nur durch eine Fehldiagnose (Röteln oder ein denselben morphologisch nahestehendes Exanthem) zu erklären ist.

Schlieps (Charkow).

Mallory. *The bacillus of whooping-cough and the lesion it produces.* (Bazillus des Keuchhustens und die verursachte Läsion.) (Americ. Journ. Public Health, Juni 1913.)

Die Ergebnisse stimmen mit denen von Bordet. Einimpfung auf Hündchen und Kaninchen waren erfolgreich.

Wachenheim (New York).

A. Brettschneider. *Drosan (Extractum Droserae cum Natriobromato) als Keuchhustenmittel.* (Therap. d. Gegenw., 1913, S. 240.)

Wässeriger Extrakt der Folia von Drosera rotifolia, dem sehr verständigerweise 1% Bromnatrium zugesetzt ist. Was Droserin in Tablettenform leistet, leistet Drosan als Flüssigkeit, ein- bis dreistündlich Kaffee- bis Eßlöffel. Orgler.

Pauli (Lübeck). *Die Behandlung des Keuchhustens mit Chineonal.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 39, S. 1880.)

Verf. sah ausgezeichneten Erfolg von Chineonal (Chinin und Veronal, Firma Merck) bei schwerem Keuchhusten. Zahl und Schwere der Anfälle nahmen ab, der Schlaf wurde sofort besser. Auch die Gesamtdauer der Erkrankung wurde günstig beeinflußt.

Nagel-Hoffmann.

D. L. Dynkin (St. Petersburg). *Zur Pathogenese und Klinik der zentralen Lähmungen nach Diphtherie.* (Pädiatrija, September 1912.)

Verf. beschreibt 2 einschlägige Fälle und kommt auf Grund seiner eigenen Beobachtungen sowie dessen, was in der Literatur über diesen Gegenstand niedergelegt ist, zu einer Reihe von Schlüssen, von denen folgende angeführt seien.

Zerebrale Lähmungen treten als Komplikation bei Diphtherie nur nach schweren Formen derselben auf.

In allen Fällen läßt sich als vorausgehendes Moment ein starkes Sinken der Herztätigkeit konstatieren: Arrhythmie, dumpfe Töne, Geräusche, Dilatation.

Gleichzeitig mit Hemiplegie werden oft Paresen des n. facialis, n. hypoglossus und Aphonie beobachtet.

Die Ursache der postdiphtherischen Hemiplegie ist in der weitaus größeren Mehrzahl der Fälle eine Embolie infolge von Herzthrombose, viel seltener eine Thrombose der Hirngefäße. Schlieps (Charkow).

H. Kleinschmidt (Marburg). *Über Hautdiphtherie mit ungewöhnlich starker Antitoxinbildung.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 27.)

Es handelte sich um eine perianale Ulzeration bei einem 10monatigen, kräftigen Säugling, in welcher Di-Bazillen gefunden wurden. Es bestand auch gleichzeitig eine leicht nekrotisierende Affektion der Mundhöhle (ohne Bazillenfund.)

Innerhalb von 17 Tagen erfolgte, ohne besondere Therapie, ohne Temperatursteigerungen, Heilung.

Bemerkenswert an der ganzen Sache ist nur das Ergebnis der Antitoxinbestimmung im Blutserum: „3 Wochen nach Beginn der Erkrankung fanden sich 10 A. E. im Kubikzentimeter Serum, eine Menge, wie sie bisher noch niemals im Anschluß an eine Diphtherieerkrankung auch nur annähernd nachgewiesen worden ist[1])."

Es vermag also auch bereits der junge Säugling Antitoxin in stärkstem Maße zu bilden, und zwar nach einer denkbar harmlos

[1]) Auch im Original gesperrt.

verlaufenden Infektion. Der betreffende Diphtheriebazillenstamm wurde isoliert. Er „war virulent für Meerschweinchen und zeigte sich bei der Züchtung in Bouillon als mäßig guter Giftbildner".

Klotz.

W. Beyer (Rostock). *Über die intravenöse Anwendung des Diphtherie-Heilserums.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 34.)

Die Entfieberung tritt eher ein bei intravenöser als bei subkutaner Injektion, und zwar um so ausgesprochener, je frühzeitiger die Serumeinspritzung stattfindet.

In bezug auf die Abheilung der Rachenaffektion besteht zwischen den beiden Methoden kein wesentlicher Unterschied.

Klotz.

Frank E. Tylecote. *Diphtheria of the stomach, with a note on diphtherial onychia.* (Brit. Journ. of childr. dis., Mai 1913.)

Literaturübersicht, aus der sich ergibt, daß diphtheritische Affektionen des Magens meist durch im Blute kreisende Toxine hervorgerufen werden und mit Nekrose der Schleimhaut verbunden sind. Der vorliegende Fall eines 3jährigen Mädchens ist aber eine echte Diphtherie der Magenschleimhaut, ohne Nekrose, mit reichlichem Bazillenbefunde. Anschließend kurze Mitteilung einer diphtherischen Onychie bei einem Arzte, die auf Injektion von 4000 I. E. heilte.

Eckhardt.

J. D. Rolleston. *The treatment of diphtheria bacillus carriers with bouillon cultures of staphylococcus pyog. aur.* (Brit. Journ. of childr. dis., Juli 1913.)

Bei Diphtheriebazillenträgern nach Rachen- und Nasendiphtherie, Kindern und Erwachsenen, hat Verf. (nicht vor dem 46. Tage) einen Spray von frisch bereiteter Bouillonkultur von Staphylococcus pyog. aur. mehrmals täglich angewendet, und hat damit außer in seinen beiden Fällen von Nasen-Di, Beseitigung der Diphtheriebazillen erreicht; meist schon nach wenigen Tagen, wahrscheinlich durch Verdrängung der Di-Bazillen durch die Staphylokokkenflora. In allen Fällen des Verf. traten Anginen mit oder ohne Temperatursteigerungen auf (im Gegensatz zu den Beobachtungen anderer Autoren). Wenn auch diese Krankheitserscheinungen nie schwer waren und in kurzer Zeit vorübergingen, hält doch Verf. das Verfahren nur bei sehr hartnäckigen Fällen für erlaubt.

Eckhardt.

J. D. Rolleston. *Diphtheria of the oesophagus.* (Brit. Journ. of childr. dis., September 1913.)

Bericht über 2 am 5. beziehungsweise 9. Tage der Erkrankung eingelieferte und kurz darauf verstorbene Fälle von schwerster, unbehandelter Diphtherie, bei denen sich im unteren Teile des Ösophagus Hämorrhagien und kleine Membranstückchen mit

Diphtheriebazillenbefund vorfanden. Verf. vermutet, daß Diphtherie des Ösophagus relativ häufig sei (Mallory fand sie 12mal bei 251 Obduktionen bei Diphtherie). Eckhardt.

Wright. *Results of Schiötz method in ridding diphtheria cases and carriers of diphtheria bacilli.* (Ergebnisse der Schiötzschen Methode zur Entfernung der Diphtheriebazillen von Kranken und Bazillenträgern.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 5. Juli 1913.)

Die Erfolge in einer Schule von 740 Knaben mit einem Spray einer Bouillonkultur von Staphylococcus aureus waren ziemlich befriedigend, wenn nicht gerade glänzend; bei Kranken konnte man die Isolierung um etwa ein Drittel abkürzen, bei Bazillenträgern um zwei Drittel, also im Durchschnitt um die Hälfte.

Wachenheim (New York).

Fr. W. Strauch. *Systematische Jodpinselung des Rachens zur Beseitigung von Diphtheriebazillen.* (Therap. d. Gegenw., 1913, S. 390.)

Pinselungen des Rachens mit offizineller Jodlösung an 3 aufeinander folgenden Tagen beseitigte in einer großen Anzahl von Fällen die Diphtheriebazillen; eventuell mußte die Joddesinfektion ein- bis zweimal wiederholt werden. Orgler.

Wood. *Lactic acid bacillus spray for diphtheria.* (Milchsäurebazillenspray bei Diphtherie.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 9. Aug. 1913.)

Verf. empfiehlt die Anwendung dieser Behandlung nicht bloß bei Trägern und Rekonvaleszenten, sondern auch bei akuter Diphtherie. Sie soll die Membran rasch zum Schwinden bringen.

Wachenheim (New York).

Herbert M. Cargin. *A case of diphtheritic enteritis.* (Lancet, 4. Januar 1913.)

Mädchen von 18 Jahren, mit Rachen- und Nasendiphtherie eingeliefert, erhielt 6000 I. E. 10 Tage später Leibschmerzen, Erbrechen; auf Klysma entleerten sich mehrere Membranen, in denen Di-Bazillen nachweisbar waren. 14.000 I. E. 4 Tage später Fieber, schwerer Verfall (Serumkrankheit? Ref.); dann Übergang in Heilung.

Eckhardt.

Lescohier. *Duration of immunity following small-pox vaccination.* (Dauer der Immunität nach Schutzpockenimpfung.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 16. August 1913.)

Die Ergebnisse sind ziemlich dieselben wie die von Kitasato; viele Personen können schon nach einem Jahr erfolgreich revakziniert werden; nach 5 Jahren ist die Zahl derselben bis 50% und mehr. Die Schlußfolgerung, daß schon in dieser kurzen Zeit der Patient der Gefahr der Ansteckung ausgesetzt ist, liegt nach Meinung des Verf. nahe. Wachenheim (New York).

Kodama und **Krasnogorski.** *Bakteriologische Befunde bei Erkrankungen der extrarenalen Harnwege bei Kindern und Erwachsenen.* (Zentralbl. f. Bakt. u. Parasitenk., 1913, Bd. LXIX, S. 8.)

Viel seltener, als allgemein angenommen wird, findet sich bei Zystitis und Pyelitis der Kinder das Bakterium coli commune. Von 12 Fällen wurde es nur zweimal nachgewiesen, in 3 Fällen waren es Staphylokokken, viermal Parakolibazillen und viermal alkalibildende Bakterien. Lehndorff (Wien).

J. Bruno (Heidelberg). *Ein Beitrag zur Ätiologie der spinalen Kinderlähmung.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 36.)

Verf. beobachtete bei 2 Geschwistern Erkrankung an Heine-Medinscher Krankheit, nachdem einige mit Lähmungen aufgetretene Erkrankungen des Hausgeflügels (Enten) vorausgegangen waren, und glaubt, daß die Infektion der Kinder von den Enten herzuleiten ist. Er macht gleichzeitig auf die Vorliebe der Poliomyelitis für das Land aufmerksam im Gegensatze zur geringen Ausbreitung in dichtbevölkerten Städten — die den Gedanken an eine Mitbeteiligung der Haustiere an dem Injektionsproblem der Heine-Medinschen Krankheit nahelegt. Klotz.

Simon Flexner und **Hideyo Noguchi** (New York). *Kultivierung des Mikroorganismus der Poliomyelitis epidemica.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 1693.)

Die auf kulturelle Züchtung des die Poliomyelitis epidemica verursachenden Mikroorganismus gerichteten Bestrebungen wurden durch die erfolgreiche Züchtung parasitischer und saprophytischer Spirochäten von Noguchi einen großen Schritt vorwärts gebracht. Er wendete seine Methode auf Kulturversuche mit Nervengewebe, welches sowohl Fällen von Poliomyelitis beim Menschen als auch experimentell erzeugten Erkrankungen des Affen entstammte, an und kam zu Ergebnissen, welche die ganze Frage aufklären. Die Resultate seiner Versuche, die bereits im Journal Amer. Med. Ass. 1913, Bd. IX, Nr. 5, kurz mitgeteilt sind, werden in der vorliegenden Arbeit ausführlich besprochen.

Das zur Züchtung verwendete Material wurde so kurz als möglich nach dem Tode des Menschen oder des Tieres entnommen und entweder steril, frisch oder in Glyzerin konserviert verwendet. Als Nährboden für die Züchtung wurde in der Hauptsache menschliche Aszitesflüssigkeit verwendet, der ein Stück sterilen frischen Gewebes beigefügt war. Mit dieser Methode wurde aus dem Gewebe des Zentralnervensystems von an epidemischer Poliomyelitis erkrankten Menschen und Affen ein besonderer, äußerst kleiner Mikroorganismus gezüchtet, dessen Verimpfung auf Affen wiederum die für die experimentelle Poliomyelitis charakteristischen Symptome und Läsionen erzeugt. Die Mikroorganismen stellen sich morphologisch als kleinste, kugelförmige Körperchen dar, die von 0·15 μ bis 0·3 μ Durchmesser haben und in Paaren, Ketten oder Anhäufungen angeordnet sind.

In einem flüssigen Nährboden bilden sie Ketten. Die anderen Gruppierungen treten in flüssigen und festen Nährsubstraten auf. Bei außerhalb der Gewebe infizierten Menschen oder Tieren findet keine Kettenbildung statt.

Die Arbeit ist in der Berliner klin. Wochenschrift leicht zugänglich und so wichtig, daß sie wohl jeder lesen wird. Ich begnüge mich mit dem Hinweis, zumal eine genauere Beschreibung des Mikroorganismus, sowie eine detaillierte der kulturellen und Färbemethoden, außerdem protokollarische Berichte der Ergebnisse der animalen Impfung im Journal of experimental medicine erscheinen.

Keller (Berlin).

S. Flexner und **H. Noguchi.** *Kulturversuche mit dem Erreger der epidemischen Poliomyelitis.* (Journ. exper. Med., XVIII, S. 461 bis 485.)

Die früheren Züchtungsversuche mit dem Erreger der Poliomyelitis waren alle ergebnislos verlaufen. Flexner und Noguchi ist es jetzt gelungen, den Erreger im künstlichen Nährboden fortzuzüchten. (Siehe das vorhergehende Referat.)

Durch Impfung mit den Kulturen gelang es, Affen zu infizieren, die an charakteristischen Erscheinungen erkrankten und starben. Aus ihren Organen, besonders aus dem Hirn, ließ sich der Erreger wiedergewinnen. In Ausstrichen aus dem Zentralnervensystem von Menschen oder von Affen, die der Poliomyelitis erlegen waren, ließ sich der Erreger mit großer Regelmäßigkeit durch eine modifizierte Giemsafärbung nachweisen. Viel schwieriger gelingt der Nachweis im Schnitt.

H. Vogt.

R. Francis-Fraser. *Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit bei akuter Poliomyelitis.* (Journ. exper. Med., XVIII, S. 242—251.)

Bei akuter Poliomyelitis ist die Spinalflüssigkeit meist klar und farblos und steht nicht unter erhöhtem Druck. In den ersten Tagen nach dem Auftreten von Krankheitserscheinungen zeigt sie meist Abweichungen von der Norm in ihrem Zellgehalt, dem Gehalt an Globulin oder in beiden. In der ersten Woche ist der Zellgehalt am größten; in einem Fall wurden 1221 Zellen im Kubikmillimeter gezählt. Die Globulinreaktion fiel gewöhnlich in der 3. Krankheitswoche am stärksten aus. Dagegen nahm die Menge der Zellen schnell ab, und zwar war sie in der 3. Woche nur noch in etwa $^1/_3$ der Fälle erhöht. Die gesteigerte Globulinreaktion hielt sich bis in die 4. Krankheitswoche und länger. Die Zellvermehrung betraf in erster Linie die Lymphozyten; nur im ersten Beginn fand sich auch Vermehrung der polymorphkernigen Leukozyten. Die Spinalflüssigkeit reduzierte stets Fehlingsche Lösung. Die Untersuchung der Spinalflüssigkeit kann vor dem Eintreten von Lähmungen und bei abortiven Fällen diagnostischen Wert haben. Prognostische Schlüsse lassen sich dagegen aus dem Verhalten der Spinalflüssigkeit nicht ableiten.

H. Vogt.

James Macintosh and **Herbert Turnbull.** *Transmission to monkeys of virus obtained from english cases of poliomyelitis.* (Lancet, 27. Februar 1913.)

Von 4 Fällen von Poliomyelitis acuta gelang bei zweien die Übertragung auf Affen (zur Zeit der Mitteilung bereits 3. Passage); von den refraktären Fällen war der eine wohl bereits abgeheilt (Tod an interkurrenter Erkrankung); warum der andere für Affen nicht virulent war, ist unklar. — Sehr ausführliche Protokolle.

Eckhardt.

Kling et **Levaditi.** *Études sur la poliomyélite aigue épidémique.* (Ann. de l'Institute Pasteur, 1913, Bd. XXVII, p. 718.)

Die Lehren Wickmans konnten bestätigt werden. Die Inkubation ist wahrscheinlich sehr kurz, 2 bis 3 Tage, und während dieser Zeit scheinen die Patienten kontagiös zu sein. Es liegen keine Beweise für eine indirekte Übertragung, durch Wasser, Milch, Fliegen und Insekten, vor, vielmehr scheint der Mensch der einzige Träger des Virus zu sein, das sich wahrscheinlich im Nasenrachen- und Trachealsekret vorfindet. Verff. konnten es durch Übertragung auf Affen im Rachenschleime von Individuen nachweisen, die an einer abortiven Form der Poliomyelitis litten. Lehndorff (Wien).

Deussen. *Beitrag zur Epidemiologie der akuten epidemischen Kinderlähmung mit besonderer Berücksichtigung der rheinisch-westfälischen Epidemie.* (Beitr. z. Klinik d. Infektionskrank. u. z. Immunitätsf., 1913, Bd. II, S. 1.)

Die Erfahrungen des Verf. stimmen mit den von anderen Autoren gemachten überein. Er hält die Übertragung der Krankheit durch Zwischenträger in seltenen Fällen für sicher nachgewiesen. Auffallend war das gleichzeitige Sterben junger Hühner. In 90% seiner Fälle gingen der Lähmung Magendarmsymptome voraus.

Lehndorff (Wien).

P. Perfiljeff (Kasan). *Die epidemische Zerebrospinalmeningitis bei Kindern.* (Klinische Beobachtungen.) (Pädiatrija, September 1912.)

Ausführliche Mitteilung von drei Fällen. In einem Falle wurde Ruppelsches Serum injiziert, dessen Anwendung Verf. warm empfiehlt. Schlieps (Charkow).

W. K. Sarembskaja (St. Petersburg). *Ein Fall von Streptokokkiämie bei einem 12jährigen Knaben.* (Pädiatrija, Juni 1912.)

Schlieps (Charkow).

E. Burchard. *Zur Behandlung des Mumps mit Formamint.* (Therap. d. Gegenw., 1913, S. 263.)

Durch Formamint, zweistündlich 1 Tablette, wird die Dauer des Mumps wesentlich abgekürzt und Nachkrankheiten vermieden. Auch prophylaktisch wirkt Formamint günstig. Orgler.

G. Wolff (Greifswald). *Ein geheilter Fall von Tetanus neonatorum.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 37, S. 1789.)

Heilung eines 11 Tage alten Kindes mit Tetanus nach Injektion von 300 I. E. Serum. Außerdem im Anfange 3mal täglich 0·5 g Chloral. Fütterung mit der Schlundsonde 3mal, später 4mal am Tage, wobei jedesmal 100 cm^3 abgedrückte Muttermilch verabfolgt wurde. Nagel-Hoffmann.

M. Besboka. *Der Flecktyphus bei Säuglingen und Kindern vorschulpflichtigen Alters.* (Pädiatrija, Juli 1912.)

Auch diese Verf. bestätigt die bekannte Tatsache, daß Kinder den Flecktyphus leicht überstehen. Bei Säuglingen ist die Mortalität = 0%. Schwierigkeiten bereitet im Kindesalter die Diagnose im vorexanthematischen Stadium. Schlieps (Charkow).

Sugai und Monoba. *Über die Vererblichkeit der Lepra und einiger anderen Infektionskrankheiten.* (Zentralbl. f. Bakt. u. Parasitenk., 1913, Bd. LXVII, S. 336.)

In einem großen Prozentsatz findet man bei gesunden, neugeborenen Kindern lepröser Mütter Leprabazillen im Blute. Versuche mit Tuberkelbazillen haben ergeben, daß diese im Samen lebensfähig sind und daß sie die gesunden Plazentargefäße passieren und vom mütterlichen in das kindliche Blut gelangen können. „Eine väterliche direkte Vererbung und mütterliche Infektion mit Lepra, Tuberkulose und anderen Infektionskrankheiten im Fötalleben kann man nicht ausschließen." Lehndorff (Wien).

Tuberkulose.

Erich Conradi (Köln). *Tuberkulosenachweis im Tierversuch mit Hilfe der Pirquetschen Reaktion.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 29.)

Verf. injiziert das suspekte Material weißen beziehungsweise möglichst hellfarbigen Meerschweinchen in die Leistenbeuge. 9 Tage darauf wird an der rasierten Bauchhaut täglich mit unverdünntem Alttuberkulin kutan geprüft. Eine positive Reaktion zeigt fingernagelgroße Rötung und leichte Erhabenheit, mitunter zentrale, gelbe Quaddel. Die Reaktion tritt 24 Stunden nach der Vakzination auf, beginnt nach 48 Stunden abzublassen und verschwindet am 3. bis 5. Tage unter leichter Pigmentierung. Nach etwaiger positiver Reaktion genaue Autopsie. Es gelingt so bereits nach 13, 12, ja unter Umständen 10 Tagen, Aufschluß über die spezifische oder nicht spezifische Natur des Infektionsmaterials zu erhalten. Klotz.

Wachenheim. *The diagnostic value of the v. Pirquet test.* (Diagnostischer Wert der v. Pirquet-Probe.) (Americ. Journ. Dis. Childr., Juni 1013.)

Eine weitere Bestätigung der in dieser Monatschr., Bd. XI, S. 677, angeführten Ergebnisse. Wachenheim (New York).

Jopson. *Some fallacies regarding the treatment of tuberculous adenitis.* (Irrtümer in der Behandlung der tuberkulösen Adenitis.) (Arch. of Pediatr., August 1913.)

Verf. meint, daß die chirurgische Entfernung der affizierten Drüsen noch immer das beste Verfahren sei. Die Erfolge der Röntgenbehandlung sind nicht glänzend, die Stauungsbehandlung nach Bier paßt am besten für Abszesse und Fisteln, das Tuberkulin ist fürs erste noch im Probestadium. Wachenheim (New York).

B. Möllers (Berlin). *Zur Ätiologie der Knochen- und Gelenktuberkulose.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 38, S. 1826.)

Möller fand in 12 Fällen chirurgischer Tuberkulose ausnahmslos Bazillen vom humanen Typus. Auch in der Literatur werden nur wenige Befunde boviner Bazillen mitgeteilt.

Nagel-Hoffmann.

Reichmann und **Rauch** (Jena). *Zwei geheilte Fälle von Meningitis tuberculosa.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 26.)

Der erste Fall betraf ein $1^1/_2$jähriges Kind (Nackensteifigkeit, sensorielle Störungen, Kernig, Hyperästhesie, Patellarreflexe schwer, Achillessehnenreflexe nicht auslösbar, Tuberkelbazillen im Liquor, kein Fieber). Der zweite einen Erwachsenen (Fieber, Nackenstarre, Bradykardie, Fibringerinnsel im Lumbalpunktat, Tuberkelbazillen).

Verff. empfehlen Biersche Stauung. Klotz.

Wronker. *Papulo-necrotic tuberculides in infants.* (Papulonekrotisches Tuberkulid bei Säuglingen.) (Americ. Journ. Dis. Childr., Juni 1913.)

Ein wertvoller Beitrag über einen nicht genügend bekannten Gegenstand. Oft kann man aus der Hautläsion eine Tuberkulose vermuten, die meist vom miliären Typus ist; in diesen Fällen ist die v. Pirquetsche Reaktion bekanntlich nicht zuverlässig, so daß die Kenntnis des Tuberkulins von größter Bedeutung wird.

Wachenheim (New York).

Hartmann (Pfaffenhofen, Bayern). *Beitrag zur ambulanten Tuberkulinbehandlung.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 31.)

Für den Verf. ist das Tuberkulin „das beste, ja, wohl einzig rationelle Heilmittel bei Lungentuberkulose". Diese Stellung darf nicht wundernehmen, wenn seine ärztliche Kunst Triumphe feiert wie den folgenden:

„VIII. M. R., 12 Jahre alt. Lungenspitzenkatarrh, Injektion von 0·003 mg. Dem Mädchen, in ziemlich günstigen Verhältnissen, geht es rasch gut. Heilung." Klotz.

Ager. *Clinical reports of 10 cases of pulmonary tuberculosis in children treated with mixed vaccines.* (Behandlung der Lungentuberkulose der Kinder mit Mischvakzinen.) (New York State Journ. of Med., Juli 1913.)

Die Anwendung einer käuflichen Influenzamischvakzine lieferte kein nennenswertes Resultat. Bei dem Vorhandensein einer katarrhalischen Nebeninfektion bei Lungentuberkulose hatte Verf. wenigstens eine Besserung erwartet. Wachenheim (New York).

A. Alkan. *Heliotherapie der Tuberkulose in der Großstadt.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 1435.)

Bei einem 11jährigen Knaben mit Tuberkulose der Wirbelkörper, des Ellenbogengelenkes und des Kalkaneus wurde durch eine monatelange Liegekur im Freien auf dem Balkon einer Berliner Vorstadtwohnung günstiger Erfolg erzielt. Keller (Berlin).

Paul Glaeßner (Berlin). *Zur Sonnen- und Luftbehandlung der chirurgischen Tuberkulose.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 1434.)

Im Waisenhaus der Stadt Berlin zu Rummelsburg wurde eine größere Anzahl von knochen-, gelenk- und drüsentuberkulösen Kindern auf den offenen Terrassen der Anstalt einer systematischen Sonnenbehandlung unterzogen. Auch unter den ungünstigen Verhältnissen hatte diese Behandlung günstigen Effekt auf Allgemeinzustand und lokalen Prozeß. Keller (Berlin).

J. H. Rey. *Über die medikamentöse Behandlung der Kindertuberkulose und des Keuchhustens.* (Therap. d. Gegenw., 1913, S. 397.)

Von 82 Fällen chirurgischer Tuberkulose wurden 61 Fälle durch Thiokol und einer Diät, die aus möglichst viel Milchspeisen in 4 bis 5 Mahlzeiten und Verbot von rohem Obst, Bonbons, Schokolade und Wasser bestand, völlig geheilt; auch im Säuglingsalter soll durch Thiokol floride Tuberkulose aufgehalten werden. Auch bei Keuchhusten sehr günstige Erfahrung, 5×0·5 g mit Zuckersirup bei Säuglingen und Wasser oder Himbersaft bei älteren Kindern verabreicht. In den ersten 3 bis 4 Tagen tritt keine Besserung, eher Verschlimmerung auf, dann Stillstand und „von da ab auch eine Besserung". Orgler.

Ager. *Clinical results of 10 cases of pulmonary tuberculosis in children treated with mixed bacterins.* (Behandlung der Lungentuberkulose mit Mischbakterien.) (New York State, Journ. of Med., Juli 1913.)

Versuche an 19 Kindern mit einem Gemenge von pyogenen Bazillenkulturen ergaben wenig Resultat.

Wachenheim (New York).

Syphilis.

Leonard Findley and **H. Ferguson Watson.** *Ekzema oris as a manifestation of congenital syphilis.* (Lancet, 29. März 1913.)

Chronische, schwer heilende Ekzeme am Munde mit hauptsächlicher Beteiligung der Mundwinkel und der Lippenschleimhaut und mit mäßiger Sekretion und Infiltration einhergehend, sind luetischer Natur. Verf. berichtet über 21 derartige Fälle (1 Kind 2 Jahre, eines 3, die übrigen 4 bis 17 Jahre alt); nur in 2 Fällen war die Wassermannsche Reaktion negativ, bei den Müttern immer positiv. Alle Fälle reagierten prompt auf antiluetische Behandlung.

Eckhardt.

Sauvage et **Géry.** *Un cas de gommes syphilitiques volumineuses chez un nouveau-né.* (Ein Fall ausgedehnter syphilitischer Gummen bei einem Neugeborenen.) (Ann. de l'Institute Pasteur. 1913. Bd. XXVII, p. 489.)

Die Besonderheit dieses Falles — ein 5 Tage altes Kind betreffend — lag darin, daß man an jenen Orten, wo man sonst massenhaft Spirochäten findet (Nebennieren, Leber, Pemphigusblasen) keine vorfand, daß sie sich hingegen reichlich in den nekrotischen und erweichten Gummen nachweisen ließen. Es scheint, daß hier die Spirochätensepsis die Tendenz hatte, sich in eine Lokalaffektion umzuwandeln.

Lehndorff (Wien).

Zirkulationsapparat.

Dunn. *Cardiac disease in childhood, with special reference to prognosis.* (Prognostik der Herzkrankheiten im Kindesalter.) (Americ. Journ. Dis. Childr., August 1913.)

Die Prognose soll bei der Aufnahme nicht zu günstig gestellt werden, denn die Mortalität beträgt 20%; natürlich kommen bloß die schwersten Fälle ins Hospital. Noch schlimmer sieht es bei längerer Nachbeobachtung aus, denn von den entlassenen Patienten erliegt innerhalb 10 Jahren eventuell die Hälfte. Kleine Kinder kommen öfter im akuten Stadium zur Beobachtung, während ältere mehr an chronischen Klappenfehlern leiden: dies ist leicht verständlich, beeinflußt aber die Prognose außerordentlich, da bei akuter Endokarditis im frühen Alter die eventuelle Prognose ungünstig ist. Dagegen scheinen chronische Fälle bei älteren Kindern eine relativ gute Prognose zu bieten.

Wachenheim (New York).

F. Parkes Weber. *Mitral dwarfism.* (Brit. Journ. of childr. dis., Mai 1913.)

Zwergwuchs eines 15jährigen Mädchens, dessen Größe und Entwicklung einem Alter von 10 Jahren entsprechen. Ätiologisch

kommt (mit größter Wahrscheinlichkeit) ein Mitralfehler in Betracht, der aber nicht, wie in ähnlichen Fällen, angeboren ist, sondern im frühesten Kindesalter erworben. Keine rheumatische Erkrankung, keine Lues, keine Tuberkulose. Eckhardt.

H. Bertlich (Halle a. S.). *Thrombose des Sinus cavernosus bei einem fünf Monate alten Säugling.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 26.)

Die Diagnose wurde intra vitam gestellt. Klotz.

Respirationsorgane.

Williams. *The normal and adventitious danger periods for pulmonary disease in children.* (Normale und zufällige Gefahrsperioden für Lungenkrankheiten bei Kindern.) (Arch. of Pediatr., August 1913.)

Verf. betrachtet die Jahre kurz vor der Pubertät als besonders gefährlich. Wachenheim (New York.)

S. Ostrowski. *Diagnostische Bedeutung des Klanges einer Kupfermünze (signe du sou) bei Lungenentzündung und Pleuritis bei Kindern.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVIII, S. 341—346.)

Wenn man nach Art der Plessimeterstäbchenperkussion 2 Kupfermünzen aneinander schlägt, so hört man über normalem Lungengewebe einen dumpfen Klang, über einem pleuritischen Exsudat dagegen einen deutlichen metallischen Beiklang. Das freie Ohr muß während der Prüfung verschlossen werden. Das Zeichen versagt bei kleinen Exsudaten mit gleichzeitiger Affektion des Lungengewebes.

H. Vogt.

Thomas H. Kellock. *A case of pneumonotomy for foreign body.* (Lancet, 11. Januar 1913.)

Bei einem Knaben von $4^1/_2$ Jahren, dem eine verschluckte Nadel in die Luftwege geraten war, wurden in Narkose mehrere vergebliche Versuche gemacht, den Fremdkörper durch Bronchoskop und durch eine Tracheotomiewunde zu entfernen. Schließlich Operation: die Thoraxwand wurde nach Durchtrennung von 4 Rippen zurückgeklappt, der Fremdkörper entfernt. Heilung. Eckhardt.

Arneth (Münster i. W.). *Über die Behandlung der Bronchitis. Bronchiolitis und Bronchopneumonie bei Säuglingen und jungen Kindern, speziell mit heißen Bädern.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 39, S. 1869.)

Verf. sah ausgezeichnete Erfolge bei der Behandlung fieberhafter Erkrankungen der Atmungsorgane mit heißen Bädern (41° C).

Speziell elende Säuglinge mit kühler Haut bei hoher Innentemperatur wurden durch diese Bäder mit nachfolgender kalter Übergießung sehr günstig beeinflußt: die Temperatur war $^1/_2$ Stunde nach dem Bade herabgesetzt, der Lungenbefund günstig beeinflußt und der Kräftefverall wesentlich aufgehalten. Die Prozeduren werden bis in die Rekonvaleszenz hinein fortgesetzt. Arneth empfiehlt diese Bäder (ohne Übergießung) überhaupt für alle fieberhaften Erkrankungen des Säuglingsalters mit darniederliegender, peripherer Zirkulation sowie bei Atrophie und Anämie. Nagel-Hoffmann.

Blut und blutbildende Organe.

W. P. Piwowaroff (St. Petersburg). *Zwei Fälle maligner Anämie parasitärer Provenienz.* (Pädiatrija, Mai 1912.)

Mitteilung zweier Fälle von Anämie, verursacht durch Botriocephalus latus. Interesse bietet der zweite Fall insofern, als bei dem aus Finnland stammenden, 12jährigen Knaben intra vitam mit keiner der üblichen Methoden das Vorhandensein von Botriocephalus latus nachgewiesen werden konnte. Bei der Autopsie fanden sich im Darm 4 Exemplare des genannten Parasiten. Schlieps (Charkow).

C. H. Treadgold. *Myeloid leukaemia in a child with blood-picture of so-called megaloblastic degeneration.* (Lancet, 11. Januar 1913.)

Ein Knabe von $3^1/_2$ Jahren wurde am 19. Mai 1912 mit starker Blässe der Haut und Schleimhäute und blaßgelber Farbe („wie bei Addisonscher Krankheit") eingeliefert und starb 6 Wochen später. In dem mehrfach untersuchten Blute fanden sich u. a. große Mengen von Makrozyten; „die vorherrschende Zellform war ein Megaloblast mit wechselnder Menge von polychromatophilem Stroma" usw. Ferner waren „alle möglichen Varietäten von kernhaltigen roten Blutkörperchen" vorhanden, und zwar in der enormen Zahl von 184.000 in 1 mm³. Bei den Zählungen der weißen Blutkörperchen fiel in den letzten Tagen besonders ein rasches Ansteigen der Anzahl der anfangs nur spärlich vorhandenen Myeloblasten auf. - Ausführliches Sektionsprotokoll. Eckhardt.

R. N. H. Anglin Whitelocke. *A case simulating meningitis in which the symptoms were caused etc.* (Brit. Journ. of childr. dis., Juli 1913.)

Mädchen von $5^1/_2$ Jahren erkrankte unter meningitischen Symptomen; die Anamnese ließ an tuberkulöse Meningitis denken. Erst am 3. Tage fiel Rigidität des rechten musc. rectus abdom. auf. Operation: Perforation des Wurmfortsatzes, durch die zahlreiche Oxyuren ausgetreten waren und noch austraten. Eine Anzahl derselben war durch das Netz „abgekapselt" worden und inzwischen abgestorben. Eckhardt.

Nobécourt et **Tixier.** *Les injections de peptone de Witte dans le traitement de l'hémophilie familiale et du purpura.* (Injektionen von Witte-Pepton bei der Behandlung der familiären Hämophilie und der Purpura.) (Arch. des Malad. du coeur ect., 1913, Bd. VI, S. 397.)

Bei einem Bluter und bei mehreren Kindern mit Purpura erwiesen sich subkutane Injektionen einer 5% Witte-Peptonlösung in der Menge von 4 bis 10 cm^3, eventuell mehrmals wiederholt, von ausgezeichnetem Einflusse auf die klinischen Symptome und die Gerinnbarkeit des Blutes (in vitro). Lehndorff (Wien).

Lymphatischer Apparat.

Jordan. *The cause and prevention of adenoid growths in children.* (Ursache und Verhütung der adenoiden Vegetation bei Kindern.) (Arch. of Pediat., Juni 1913.)

Verf. meint, daß häufige Erkältungen das hauptsächliche ätiologische Moment bilden. Wachenheim (New York).

Max Goerke (Breslau). *Zur Tonsillektomiefrage.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 1158.)

Die lange Zeit vernachlässigte Methode der Tonsillektomie, das heißt: der Entfernung der Tonsillen mitsamt ihren beiden geweblichen Kapseln wird neuerdings wieder vielfach angewendet. Verf. warnt vor Übertreibung; bei Kindern bis zum 12. Lebensjahre hält er die Tonsillektomie direkt für kontraindiziert.

Keller (Berlin).

Richard Schreiber. *Tonsillektomie.* (Therap. d. Gegenw., 1913, S. 145.)

Verf. empfiehlt, wo überhaupt eine Mandelexstirpation notwendig ist, die totale Exstirpation mit Hilfe des Klappschen Tonsillektors. Orgler.

Innere Sekretion.

F. Parkes Weber. *Two cases of ateleiosis.* (Brit. Journ. of childr. dis., August 1913.)

Eine Patientin von 20 Jahren, 34 kg schwer, ihrer körperlichen und geistigen Entwicklung nach den Eindruck eines 12 bis 13jährigen Mädchens machend, nie menstuiert, hat eine angeborene Ver-

kürzung beider 4. Finger und Zehen, beruhend auf abnormer Kürze des zugehörigen Metakarpal- beziehungsweise Metatarsalknochens. Das Röntgenbild zeigt ferner eine persistente Knorpelzone an allen Epiphysen der Hände.

Ähnliche Erscheinungen zeigt ein 45jähriger Patient, 26·5 kg schwer, in seiner Größe und Intelligenz etwa einem 8jährigen Knaben entsprechend. Bei beiden Patienten erschien im Röntgenbilde die fossa pituitaria abnorm klein. Eckhardt.

Arthur Keith. *Progeria and ateleiosis.* (Lancet, 1. Februar 1913.)

Unter Progerie versteht Verf. (nach Hastings Gilford) „verfrühte Greisenhaftigkeit" (*πρόγηρος*). Er bildet einen solchen Fall ab und beschreibt sehr genau den Skelettbefund eines anderen mit 18 Jahren ad exitum gekommenen Falls und vergleicht ihn mit normalem Wachstum und mit Akromegalie. Progerie kommt nie bei normalen Kindern vor, sondern nur bei solchen mit Infantilismus. Sie ist u. a. charakterisiert durch ziemlich normale Gehirngröße (im Gegensatz zu Zwergenwuchs und Ateleiosis), aber dünne Schädeldecken, Kleinbleiben des Gesichtsschädels und des übrigen Skeletts; andererseits Haarschwund, trockene, fettarme Haut. Zahlreiche Abbildungen (die abnormen Gebilde sind in normale eingezeichnet) und sehr ausführliche Beschreibung des Falles; Vergleiche mit Ateleiosis einerseits, Akromegalie andererseits. Eckhardt.

Zuckermann. *Über einen Hypophysenbefund bei Schilddrüsenaplasie.* (Frankfurter Zeitschr. f. Pathol., 1913, Bd. XIV, S. 143.)

Bei einem kongenitalen Myxödem, das am 41. Lebenstage starb, fand sich eine beträchtliche Hypertrophie und Hyperplasie der Hauptzellen der Hypophyse (wie man sie bei Schwangerschaft konstant antrifft). Lehndorff (Wien).

T. N. Tschebotarewskaja (Moskau). *Über Zirbeldrüsentumoren bei Kindern.* (Pädiatrija, Juli 1912.)

In dem mitgeteilten Falle fehlten die für die Erkrankung der Drüsen mit innerer Sekretion als charakteristisch geltenden Symptome; es waren keine Anomalien vonseiten der Sexualsphäre vorhanden, kein Myxödem, kein Gigantismus. Nur das Körpergewicht übertraf ein wenig die Norm, die geistige Entwicklung des Kindes war unter dem Durchschnitt. Bei der Sektion fand sich an Stelle der Glandula pinealis eine dünnwandige Zyste von der Größe eines kleineren Hühnereies, mit geleeartigem Inhalt. Schlieps (Charkow).

E. Cecil Williams. *Case of hyper-activity of anterior lobe combined with deficient action of posterior lobe.* (Brit. Journ. of childr. dis., September 1913.)

Knabe von 13 Jahren 8 Monaten mit im Alter von 9 Jahren beginnendem exzessivem Längenwachstum, Adipositas und unentwickeltem Genitale. Röntgenbild des Schädels läßt keinen Schluß auf die Größe der sella turcica zu. Eckhardt.

Dieterle, Hirschfeld und **Klinger** (Zürich). *Studien über den endemischen Kropf.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 33.)

Die Publikation ist ein Resumé großangelegter, anderweits ausführlich zu publizierender Untersuchungen. Sie richten sich eindrucksvoll gegen die Wasserätiologie und decken die zahlreichen Irrtümer Birchers, eines Hauptvertreters der Wasserätiologie, auf. Die Versorgung eines Kropffleckens mit einwandfreiem Trinkwasser führt durchaus noch nicht zum Erlöschen der Endemie. Gerade Rupperswil, das seit Birchers Publikation als Kronzeuge für die Wasserätiologie gilt, ist auch heute noch keineswegs kropffrei. Nicht in der Trinkwasserversorgung liegt der springende Punkt, sondern in der allgemeinen Assanierung der Gemeinden und ihrer Bewohner.

Sehr interessant sind die Tränkungsversuche von Ratten mit verschiedenartigen Wasserproben. An einem Kropfort getränkt, bekommen die Ratten leicht Kropf. Aber es ist gleichgültig, ob sie Wasser dieses Ortes genießen (gekocht oder ungekocht ist ebenfalls irrelevant) oder ob man ihnen Wasser aus kropffreien Orten vorsetzt (z. B. Zürich, Wien). Das Wasser an und für sich hat also nichts mit Kropf zu tun. In einem kropffreien Stall (Zürich) gelang die Kropferzeugung mit Wasser aus kropfverseuchten Orten nicht, später in einigen Fällen, doch ist hier Kontaktinfektion sehr wahrscheinlich anzunehmen, da einige Kropfratten im Käfig zugegen waren. Ähnlich gelang es anderen Autoren, zwei Ratten in einem Flecken der Steiermark kropfig zu machen, bei Tränkung mit Wiener Leitungswasser, aber niemals umgekehrt. Klotz.

Frederick Langmead. *On a case of Addison's disease in a boy aged ten years.* (Lancet, 15. Februar 1913.)

Der schwerkrank eingelieferte Knabe starb 4 Stunden nach der Aufnahme. Seit 2 Monaten fortschreitende Pigmentierung der Haut, die aber nicht hochgradig war. Nebennieren teils verkäst, teils fibrös verändert; verkäste Herde in den Lungen; Tuberkelbazillen nachweisbar. Herzhypoplasie. Eckhardt.

Francesco Fulci (Rom). *Die Natur der Thymusdrüse nach Untersuchungen über ihre Regenerationsfähigkeit bei Säugetieren.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 37, S. 1776.)

Verf. sah die Thymus nach partieller Entfernung sowohl bei jungen als bei erwachsenen Tieren (Hunden, Katzen, Kaninchen) sich regenerieren. Die kleinen, runden, lymphozytenähnlichen Zellen der Thymus entstehen durch „physiologische Differenzierung" aus den ersten, das Organ regenerierenden Epithelzellen und bilden sich weiter zu den Markzellen und den Zellen der Hassalschen Körperchen. Die Thymus ist demnach ein epitheliales Organ. Bemerkenswert ist, das die lymphozytenähnlichen Elemente, ebenso wie Zellen des bindegewebigen, Retikulums in die Lymphgefäße der Thymus auszuwandern scheinen. Nagel-Hoffmann.

Abramowski (Willenberg). *Der Thymustod beim Kinde und die ärztliche Praxis.* (Fortschr. d. Med., Jahrg. XXX.)

Unter dem Banne der Auffassung, welche eine große Thymus bei plötzlichem Tode als vergrößert ansieht, und der aus der Literatur geschöpften Meinung, die Hyperplasie der Thymus sei am Lebenden unschwer zu erkennen, kommt Verf. zu dem bedenklichen Schlusse, der Richter würde bei tödlichem Ausgange einer Narkose diese wahrscheinlich als einen Kunstfehler betrachten, wenn ein Status thymicus gefunden würde. Hohlfeld (Leipzig).

Perez-Montaut. *Über Thymustod bei kleinen Kindern.* (Frankfurter Zeitschr. f. Pathol., 1913, Bd. XIII, S. 249.)

In 10 Fällen, die teils neugeborene, teils ältere Kinder betreffen, glaubt Verf. den Tod durch mechanische Einwirkung des vergrößerten Thymus erklären zu können. Der Thymustod entsteht durch ventilartige Wirkung auf die enge obere Thoraxapertur, wobei hauptsächlich die Trachea, aber auch Gefäße und Nerven komprimiert werden. Verf. will hiermit vor der Skepsis, die neuerlich besonders durch Wiesel ausgesprochen wurde, warnen.

Lehndorff (Wien).

Verdauungstraktus.

Snow and **Clinton.** *The diagnosis of intussusception by X-ray.* (Röntgendiagnose der Darminvagination.) (Americ. Journ. Dis. Childr., August 1913.)

Die Abbildungen liefern unwiderlegbaren Beweis des großen Wertes dieser Methode; merkwürdig ist nur, daß man nicht früher auf diesen Gedanken gekommen ist; Verf. meint, daß dieser Bericht der erste in der Literatur sei. Wachenheim (New York).

P. Schneider. *Ein Fall von rezidivierender akuter Dünndarminvagination.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVIII, S. 297—311.)

Bei einem Mädchen, das seit seinem 4. Lebensjahr kränklich war und häufig an Verdauungsstörungen gelitten hatte, trat mit 8 Jahren eine anfallsweise Verschlimmerung der Erscheinungen auf in Gestalt von stärkeren Leibschmerzen, Übelkeit, Erbrechen und häufigen dünnen Stuhlentleerungen. Nach 4 Jahren wurde ein schwererer solcher Anfall beobachtet, bei dem eine Anschwellung der linken Bauchseite bestand, die auch nach ausgiebiger Darmentleerung bestehen blieb. Seitdem traten leichtere Anfälle gehäuft auf, und $1^1/_2$ Jahre später erlag das Kind einem neuen schweren Anfall. Bei der Obduktion fand sich eine ausgedehnte Invagination des Dünndarmes, die bis zur Grenze des mittleren und unteren Jejunums reichte, mit hämorrhagischer Infarzierung der Darmwand. — Rezidive von

akuten Invaginationen sind bisher nur selten beobachtet worden, und alle bisher mitgeteilten Fälle betrafen Dickdarminvaginationen. Nach Ansicht des Verf. hätten die bei den letzten Anfällen beobachteten kleinen Hautblutungen als Symptome von Purpura die Diagnose zeitiger zu stellen erlaubt, als es geschah, und stützen die Auffassung, wonach die Intussuszeption nicht sowohl als Folge einer Purpura abdominalis, sondern als deren Ursache zu betrachten ist. Geben aber vereinzelte kleine Hautblutungen schon die Berechtigung, von Purpura zu sprechen, wenn sie bei einem schwer kachektischen Individuum auftreten? H. Vogt.

Blackader. *Mucous cyst in the coecum in an infant 10 weeks old.* (Muköse Zyste des Blinddarms bei einem 10wöchigem Kinde.) (Americ. Journ. Dis. Childr., August 1913.)

Der fast hühnereigroße Tumor verlegte die Ileozökalklappe und täuschte symptomatisch eine Darminvagination vor. Das Kind erlag 12 Tage nach der operativen Entfernung der Geschwulst.

Wachenheim (New York).

Hueck. *Über die pathologische Bedeutung von Helminthen in der Appendix.* (Frankfurter Zeitschr. f. Pathol., 1913, Bd. XIII, S. 434.)

Es wird gezeigt, daß in vielen Fällen, die klinisch für Appendizitis gehalten werden, eine Infektion mit Würmern, speziell mit Oxyuren, verantwortlich zu machen ist. Es liegt in solchen Fällen überhaupt keine entzündliche Erkrankung vor, sondern nur ein eigenartiger, Schmerzen verursachender Zustand der Appendix, den man „Appendicopathia oxyurica" nennen könnte.

Lehndorff (Wien).

Mc Donald. *Congenital atresia of the duodenum.* (Angeborener Duodenalverschluß.) (Americ. Journ. Med. Sciences, Juli 1913.)

Diese Fälle sind anatomisch von der Pylorusstenose streng zu unterscheiden, obgleich die Differentialdiagnose aus den Symptomen schwer zu stellen ist. Die Erscheinungen der Pylorusstenose treten indes nicht gleich nach der Geburt auf und sind weniger intensiv; auch hilft eine vorhandene palpable Geschwulst in der Pylorusgegend. Wachenheim (New York.)

Talbot. *Intestinal sand.* (Journ. Americ. Med. Assoc., 26. Juli 1913.)

Verf. berichtet über einen Fall von Darmsand. Nach seiner Erfahrung beruhen viele dieser Fälle auf der Ingestion von Bananen. Hier war dies nicht der Fall. Die chemische Analyse ergab nichts Besonderes. Wachenheim (New York).

Abramowski (Willenberg). *Der Thymustod beim Kinde und die ärztliche Praxis.* (Fortschr. d. Med., Jahrg. XXX.)

Unter dem Banne der Auffassung, welche eine große Thymus bei plötzlichem Tode als vergrößert ansieht, und der aus der Literatur geschöpften Meinung, die Hyperplasie der Thymus sei am Lebenden unschwer zu erkennen, kommt Verf. zu dem bedenklichen Schlusse, der Richter würde bei tödlichem Ausgange einer Narkose diese wahrscheinlich als einen Kunstfehler betrachten, wenn ein Status thymicus gefunden würde. Hohlfeld (Leipzig).

Perez-Montaut. *Über Thymustod bei kleinen Kindern.* (Frankfurter Zeitschr. f. Pathol., 1913, Bd. XIII, S. 249.)

In 10 Fällen, die teils neugeborene, teils ältere Kinder betreffen, glaubt Verf. den Tod durch mechanische Einwirkung des vergrößerten Thymus erklären zu können. Der Thymustod entsteht durch ventilartige Wirkung auf die enge obere Thoraxapertur, wobei hauptsächlich die Trachea, aber auch Gefäße und Nerven komprimiert werden. Verf. will hiermit vor der Skepsis, die neuerlich besonders durch Wiesel ausgesprochen wurde, warnen.

Lehndorff (Wien).

Verdauungstraktus.

Snow and **Clinton.** *The diagnosis of intussusception by X-ray.* (Röntgendiagnose der Darminvagination.) (Americ. Journ. Dis. Childr., August 1913.)

Die Abbildungen liefern unwiderlegbaren Beweis des großen Wertes dieser Methode; merkwürdig ist nur, daß man nicht früher auf diesen Gedanken gekommen ist; Verf. meint, daß dieser Bericht der erste in der Literatur sei. Wachenheim (New York).

P. Schneider. *Ein Fall von rezidivierender akuter Dünndarminvagination.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVIII, S. 297—311.)

Bei einem Mädchen, das seit seinem 4. Lebensjahr kränklich war und häufig an Verdauungsstörungen gelitten hatte, trat mit 8 Jahren eine anfallsweise Verschlimmerung der Erscheinungen auf in Gestalt von stärkeren Leibschmerzen, Übelkeit, Erbrechen und häufigen dünnen Stuhlentleerungen. Nach 4 Jahren wurde ein schwererer solcher Anfall beobachtet, bei dem eine Anschwellung der linken Bauchseite bestand, die auch nach ausgiebiger Darmentleerung bestehen blieb. Seitdem traten leichtere Anfälle gehäuft auf, und $1^1/_2$ Jahre später erlag das Kind einem neuen schweren Anfall. Bei der Obduktion fand sich eine ausgedehnte Invagination des Dünndarmes, die bis zur Grenze des mittleren und unteren Jejunums reichte, mit hämorrhagischer Infarzierung der Darmwand. — Rezidive von

Milz.

L. W. Gilerowitsch (St. Petersburg). *Über Veränderungen im Blutbestande infolge Exstirpation der Milz nach Ruptur derselben.* (Pädiatrija, August 1912.)

Die hauptsächlichsten Veränderungen bestanden in Lymphozytose, Eosinophilie, Verringerung der Hb.-Menge und einer kompensatorischen Vergrößerung der Lymphdrüsen.

Schlieps (Charkow).

Urogenitalsystem.

Harald W. Wilson. *A case of severe b. coli infection of the urinary tract; nephrectomy; recovery.* (Brit. Journ. of childr. dis., Juli 1913.)

Ein „von Geburt an" obstipiertes Mädchen von 7 Jahren hatte zirka 2 Jahre vor der jetzigen Erkrankung eine Zeitlang Beschwerden beim Wasserlassen und in den letzten 6 Monaten gelegentliche incontinentia urinae bei Tage. Am 8. Dezember 1912 rechtsseitige Pneumonie; anschließend geringe Albuminurie, Milzschwellung und alkalischer Urin, der Bac. coli enthielt. Trotz Lösung der Pneumonie bestand weiter schwerer Allgemeinzustand; Vakzine ohne Effekt. Rechte Niere deutlich palpabel und empfindlich. 1. Januar 1913 Entfernung der um das $1^1/_2$fache vergrößerten und von Abszessen durchsetzten rechten Niere; Heilung. Verf. nimmt an, daß eine Pyelitis schon bestanden und während der fieberhaften Erkrankung aufs Nierenparenchym sich ausgebreitet habe. Aus einigen angefügten Bemerkungen von Dr. Thursfield ist zu entnehmen, daß derartige Fälle selten sind; ihre Diagnose wird dadurch erschwert, daß der Urin zeitweise klar ist, wahrscheinlich infolge temporärer Verstopfung des Ureters der erkrankten Seite; kulturell sind aber immer Bakterien zu finden. Heilung erfolgte teils spontan, teils durch Nephrotomie. Thursfield hält es für möglich, daß ätiologisch nicht aufgeklärte Fälle von Nierenatrophie, die im Pubertätsalter ad exitum kommen, auf derartige aszendierende Nephritiden im frühesten Alter zurückzuführen sind. Eckhardt.

Percy Marsh. *Coli infection of the urinary tract in infancy and childhood.* (Brit. Journ. of childr. dis., September 1913.)

Verf. erwähnt außer dem bekannten direkten Injektionswege die direkte Passage von Coli-Bazillen aus dem Kolon in die rechte Niere durch Lymphbahnen und die (wahrscheinlich sehr selten eintretende) Möglichkeit der Infektion auf dem Blutwege. Bei den akut beginnenden Fällen ist klinisch eine Verwechslung mit Menin-

gitis möglich, besonders da der Urin in den ersten Tagen nicht selten unverdächtig ist und lokale Symptome fehlen. Die Prognose ist im allgemeinen günstig, wenn auch bei chronischen Fällen Todesfälle und Nierenabszesse zuweilen vorkommen. Die souveräne Behandlung ist nach M. reichliche Flüssigkeitszufuhr und die Herbeiführung alkalischer Reaktion des Urins durch große Dosen von Kal. citricum, mindestens 24 g pro Tag; meist aber seien viel größere Mengen nötig (2- bis 3stdl. 5 bis 20 g). In 1 bis 3 Tagen sei der Urin alkalisch. In Fällen von Störungen durch Kal. citric. könne man Natr. oder Kal. bicarbonic. geben. Von Antisepticis hält Verf. nicht viel. Urotropin und Helmithol seien übrigens nur bei stark saurem Urin wirksam; auch mit Vakzine und Serumbehandlung hat er nennenswerte Erfolge nicht gehabt. Eckhardt.

Freeman. *The diagnosis and treatment of pyelitis in infancy.* (Diagnose und Behandlung der Pyelitis im Säuglingsalter.) (Americ. Journ. Dis. Childr., August 1913.)

Fieber ist nicht ein konstantes Symptom; man soll sich durch sein Ausbleiben nicht täuschen lassen. Die alkalische Behandlung ist weniger erfolgreich als die Darreichung von Hexamethylenamin; von diesem gebe man anfangs kleine Dosen, aber in manchen Fällen sind recht große Gaben schließlich erforderlich. Mit Vorsicht darf man einige Tage 1·4 bis 3·0 g pro Tag ohne Reizungserscheinungen geben. Wachenheim (New York).

Fairise. *Pyélo-néphrite chronique chez un enfant.* (Arch. de Méd. expér., 1913, Bd. XXV, p. 442.)

Ein 9jähriges Mädchen wurde unter der Diagnose Croup ins Spital aufgenommen; Tracheotomie, Tod. Bei der Obduktion fand sich eine chronische Entzündung des Nierenbeckens und der Niere und als Ursache der Atemstenose ein Glottisödem.

Lehndorff (Wien).

Neurologie und Psychiatrie.

Anton (Halle a. S.). *Die operative Beeinflussung der Entwicklungsstörungen des Gehirns.* (Vortr. i. d. Abt. „Psychiatrie und Neurologie" d. Wiener Naturforscherversammlung.)

Professor G. Anton (Halle a. S.) erörtete nach mehreren Seiten den Gedanken, wie durch operative und medikamentöse Maßnahmen die Entwicklungsstörungen des Gehirns aufgehalten oder gebessert werden können.

Experimentell können ja bei niederen Tieren ziemlich gesetzmäßig Mißbildungen hervorgerufen werden.

Bei Menschen liegen bereits einzelne Versuche vor, den Gang der Entwicklung durch ärztliche Eingriffe richtig und arteigen zu gestalten.

Die Anbohrung des Schädels bei Blutungen nach dem Geburtsakte ist ein solches Beispiel, wie für späterhin der Epilepsie in einzelnen Fällen vorgebeugt werden kann.

Eine Orthopädie des Schädels ist eigentlich schon von den Anthropologen bezüglich einzelner Völkerstämme berichtet.

Bekannt ist der gestaltende Einfluß, den einzelne Drüsen für den Aufbau des Skeletts entfalten, und die ärztliche Kunst hat hier in mehrfachen Versuchen eingesetzt.

Bezüglich seiner Vorschläge geht Anton von dem Gedanken aus, daß das richtige Verhältnis einzelner Gewebsarten, die Harmonie der arteigenen Entwicklung häufig gestört ist, so auch das Verhältnis von Hirn und Schädel.

Durch eine einfache Operation, von Anton und von Bramann als „Balkenstich" bezeichnet, kann im Innern des Schädels der Hirndruck und die Blutzirkulation rasch verbessert werden, so daß nach der Operation die vorher fehlenden Gehirnbewegungen normal sich vollziehen.

Das Verfahren hat sich schon bei verschiedenen Gehirnerkrankungen, u. a. bei Wasserkopf, bei Gehirngeschwülsten, vortrefflich bewährt.

Nunmehr wird dieses Verfahren auch bei einzelnen Formen der Epilepsie in Vorschlag gebracht, und Anton teilt eine Reihe von günstigen Erfahrungen hierüber mit, welche wohl geeignet sind, zu weiteren Versuchen mittels dieser einfachen Operation aufzufordern.

Die Operation kann auch ohne Narkose vollzogen werden.

Durch eine Reihe von Röntgenbildern des ganzen Schädels wurde hierbei auch illustriert, wie sehr das Verhältnis von Gehirn zum Schädel, aber auch von der großen Hirnhöhle zur kleinen Hirnhöhle durch Entwicklungsstörungen verändert werden kann.

Die Anlegung von kompletten Röntgenbildern des ganzen Schädels ist daher ein wichtiger Untersuchungsbehelf.

Keller (Berlin).

James Rae. *Note on a case of chronic internal hydrocephalus.* (Lancet, 15. Februar 1913.)

Patient zeigte mit 4 Jahren plötzliches Wachstum des Schädels; 10 Monate später exitus an Pneumonie. Bei Eröffnung der Meningen entleerte sich eine große Menge Flüssigkeit; die Venen des Zerebellums waren sehr erweitert und geschlängelt. Im Torcular Herophili fand sich ein pyramidenförmiger Blutpfropf. Eckhardt.

D. I. Gorochoff (Moskau). *Zur Kasuistik der Myelocele cervicalis.* (Pädiatrija, Juni 1912.)

Verf. teilt zwei Fälle mit, bei denen schwere Augensymptome im Vordergrunde standen. Schlieps (Charkow).

Bade (Hannover). *Die Behandlung der spondylitischen Lähmungen.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 26.)

Wenn das Redressement der Wirbelsäule nicht bald von Erfolg begleitet ist, dann soll man nicht eine Behandlung mit monate- oder jahrelanger Ruhelage einleiten, sondern, nach Bade, den Patienten in vertikale Lage bringen und ihn zu Bewegungen veranlassen. Dies geschieht in Schienenhülsenapparaten, die genau nach Modellgipsverbänden gearbeitet sind und eventuell durch Lederkorsett, Kopfextension u. dgl. komplettiert werden. Der Patient steht in diesem Bandagenpanzer zunächst völlig steif und unbehilflich, lernt dann aber bald durch Dreh- und Stelzbewegungen mit Hilfe eines Laufstuhles sich fortzubewegen. Nebenbei Massage und Gymnastik. Nach und nach kräftigen sich die gelähmten Muskeln. Den Fortschritten wird durch Modifizierung der Apparatur Rechnung getragen. Am langsamsten bilden sich die Lähmungen am Unterschenkel zurück.

Bade erklärt sich den Erfolg seiner Methode durch Besserung der Zirkulation. Spinale Stauungsödeme werden resorbiert, Abszesse zerteilt oder durch die schüttelnden Bewegungen beim Gehen zur Senkung nach unten veranlaßt. Durch die Schienenhülsen werden die Spasmen und dadurch die unablässig dem Rückenmark zufließenden Reize beseitigt. Die nervösen Elemente des Rückenmarkes können ausruhen. Klotz.

Clark. *Infantile cerebro-cerebellar diplegia of flaccid, atonic-astasic type.* (Infantile Zerebrozerebellardiplegie des schlaffen Typus.) (Americ. Journ. Dis Childr., Juni 1913.)

Verf. beschreibt Fälle dieser relativ seltenen Krankheitsform, die intrauterinen Ursprungs und mit Stummheit und Geistesschwäche verbunden ist. Die Schlaffheit der Gelenke ist außerordentlich entwickelt, desgleichen die Ataxie.

Wachenheim (New York).

Hans Reiner (Berlin). *Über Myatonia congenita.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 1306.)

Demonstration von 2 Fällen (3 Jahre altes Mädchen und 11 Monate altes Kind). Besprechung der Differentialdiagnose. In beiden Fällen war die elektrische Erregbarkeit stark herabgesetzt.

Keller (Berlin).

D. W. Carmalt Jones. *A note on remission in a case of epilepsy.* (Lancet, 8. Februar 1913.)

Ein Mädchen von 4 Jahren bekam im April 1910 epileptische Anfälle, nachdem es kurz vorher Scharlach durchgemacht hatte.

Trotz Brombehandlung traten bis März 1911 Anfälle von wechselnder Intensität und Zahl auf. Zu diesem Zeitpunkt erkrankte das Kind an Pneumonie, und sowohl während dieser Krankheit wie im ganzen folgenden Jahre traten keine Anfälle mehr auf. — Verf. nimmt als Ursache der epileptischen Anfälle eine chronische Infektion an, die vom Scharlach zurückgeblieben sei, und erklärt sich die Heilung durch die akute Erkrankung ebenso wie z. B. die Heilung von Trachom anschließend an ein zufällig akquiriertes Erysipel.

Eckhardt.

Burr. *The neuroses of childhood.* (Neurosen des Kindesalters.) (Arch. of Pediat., Juni 1913.)

Verf. betont speziell die schädigenden Einflüsse der gegenwärtigen, verzärtelnden Erziehung in Haus und Schule.

Wachenheim (New York).

Psychologie und Psychopathologie.

Walter Cimbal (Altona). *Klinische Grundlagen der Beurteilung von anormalen Kindern und Jugendlichen.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, Nr. 1109.)

Die Mitarbeit am Jugendgerichts- und Fürsorgeverfahren stellt die Psychiater vor neue schwierige Aufgaben, für welche Arbeitsmethoden zum Teil erst geschaffen werden müssen. Bei der Beurteilung der psychiatrischen Jugendlichen ist der Gutachter noch mehr als beim Erwachsenen darauf angewiesen, die Prüfung von möglichst verschiedenen Seiten anzufassen und nicht einzelne Methoden zu überschätzen, sondern alle Hilfsmittel der Methodik für das Gutachten heranzuziehen. Von manchen Autoren wird an Stelle einer solchen methodischen Untersuchung als einziges psychiatrisches Forschungsmittel das „Einfühlen" in die Seele des Untersuchten empfohlen. Dieses Einfühlen ist für die ärztliche Untersuchung ebenso selbstverständliche Voraussetzung wie für die richterliche Beurteilung. Darauf haben die Jugendrichter in erster Linie aufmerksam gemacht. Vom Arzte als Gutachter wird aber mehr verlangt. Der Vortragende bespricht die für die Begutachtung wichtigsten Methoden. Keller (Berlin).

Stoffwechselkrankheiten.

David. *Calcinosis.* (Rev. méd. de la Suisse rom., Nr. 9.)

David zeigt in der „Société vaudoise de médecine" am 5. Juni 1913 ein an Kalzinosis leidendes 10jähriges Mädchen. Das Kind hat 3 Plaques, 4 bis 5 cm im Durchmesser, 4 bis 5 mm dick auf der Außenseite jeder Hüfte, 2 ähnliche, symmetrische Plaques auf der Vorderseite der humero-akromialen Gelenke, multiple, symmetrische, subkutane Knoten in der Gesäßgegend, 2 symmetrische Knoten vor den Kleidomastoidei. Die Knoten sind unter der Haut, fühlen sich knochenhart an, sind in der Tiefe adhärent, zackig. Die Patientin ist klein, von normaler Intelligenz. Die Extremitäten sind wenig muskulös, fettarm. Die Gelenke sind normal. Die Thyreoidea ist klein, die Zähne kariös. An den Augenlidern finden sich ektasierte Gefäße, ähnliche Veränderungen in der Unterkiefergegend. Die Röntgendurchleuchtung der Knoten zeigt, daß es sich um kalkhaltige Gebilde handelt. Die Prognose der bisher bekannten Fälle ist ungünstig. Max Reber (Basel).

A. Ingier. *Beiträge zur Kenntnis der Barlowschen Krankheit.* (Frankfurter Zeitschr. f. Pathol., 1913, Bd. XIV, S. 1.)

Als Ergebnis der ausgedehnten histologischen und experimentellen Studien kann Verf. berichten, daß es gelingt beim Meerschweinchen durch einseitige Ernährung (Hafer und Wasser) anatomische Veränderungen am Knochen zu erzielen, die genau mit den für die Barlowsche Krankheit charakteristischen Zeichen übereinstimmen. Ein bereits schwer krankes Tier konnte durch Zufütterung roher Rüben schnell geheilt werden. Nicht so überzeugend sind die Experimente an Schweinen. Lehndorff (Wien).

Wachstumskrankheiten.

P. W. Kusskoff. *Über angeborene Rachitis und ihre Symptome.* (Pädiatrija, Juni, Juli 1912.)

In einer eingehenden Arbeit sucht der Verf. die seiner Meinung nach noch immer strittige Frage zu entscheiden, ob es eine angeborene Rachitis gibt oder nicht. Aus der fast erschöpfenden Literatur, die der Verf. meist ausführlich referiert, ersehen wir, daß auch namhafte russische Autoren auf Grund zahlreicher pathologisch-anatomischer Untersuchungen und klinischer Beobachtungen das Vorkommen einer angeborenen Rachitis bestritten haben. Verf. selbst hat 162 Säuglinge im Alter von ein paar Stunden bis zu 4 Monaten untersucht und kommt zu folgenden Schlüssen, von denen die wichtigsten in extenso angeführt seien.

1. Bei allen Säuglingen, sowohl neugeborenen als auch älteren, sind an der Knochenknorpelgrenze Unebenheiten (Schwellungen, Ausbuchtungen) an einer größeren oder kleineren Anzahl der Rippen

tastbar, die im allgemeinen dreierlei Art oder Form sein können: narbenartig, wallähnlich oder hügelförmig (rundlicher Formation).

2. Die Unebenheit in Gestalt einer narben- oder wallartigen Erhebung hat unabhängig vom Alter für eine physiologische und nicht pathologische Erscheinung zu gelten; die runden hügelförmigen Erhebungen (der rachitische Rosenkranz) sind im Alter bis zu 3 Monaten entweder physiologisch oder pathologisch (Syphilis); in letzterem Falle dürfen sie jedoch nicht für ein Symptom der Rachitis gehalten werden. Jenseits des Alters von 3 Monaten ist es richtiger, die hügelartigen Erhebungen als ein rachitisches Symptom anzusprechen.

3. Defekte des Schädeldaches oder vielmehr Abweichungen von dem, was als Norm gilt, gibt es bei Neugeborenen ziemlich häufig: Weichheit der Fontanellenränder bei 93%, die Fontanelle übertrifft die Größe von 2mal 2 cm bei 62·5%, eine breite Pfeilnaht bei 66%, Weichheit der Suturenränder (der Scheitelbeine) bei 79%, eine offene Sutura lamboidea in 55%, Nachgiebigkeit der Knochenränder längs der Sutura lamboidea bei 30%, eine offene Sutura coronaria bei 6%, eine offene kleine Fontanelle bei 27%.

4. Lederartige oder teigige Weichheit der Knochen fand sich bei 27% der Neugeborenen entweder in Gestalt eines Defektes von runder Form kongenitale Kraniotabes) oder, was viel häufiger vorkommt, in Gestalt einer Weichheit der Scheitelbeinränder längs der Pfeilnaht. Die gewöhnliche Lokalisation der Erweichung entspricht dem mittleren Teil der Naht, dem Wirbel.

5. Bei einer bedeutenden Mehrzahl der Fälle läßt sich ein Parallelismus zwischen Gewicht und Entwicklung des Kindes einerseits und dem Zustand der Fontanellen, Nähte und deren Ränder, sowie der Rippenknochenknorpelgrenze anderseits, beobachten.

6. Mit zunehmendem Alter verringern sich die angeborenen Defekte allmählich und verschwinden gegen den 3. Monat spurlos bei 90% aller Säuglinge, die ausgetragen waren, normal zunahmen und sich normal entwickelten.

7. Bei Frühgeburten sind die Defekte des Schädeldaches deutlicher ausgeprägt, dagegen die Unebenheiten an der Knochenknorpelgrenze der Rippen schwächer als bei ausgetragenen Säuglingen. Bei Frühgeburten verschwinden die kongenitalen Defekte später als bei ausgetragenen, etwa um einen Monat oder noch mehr.

8. Das Verschwinden der kongenitalen Defekte geht der Gewichtszunahme und Entwicklung des Säuglings parallel; ein Stillstand dieser hat ein Stehenbleiben jener zur Folge.

9. Bei Atrophie werden die Schädelknochenränder hart, die Dimensionen der Fontanellen und Nähte bleiben unverändert.

10. Die Dimensionen der großen Fontanelle verringern sich allmählich im Laufe der ersten 3 Monate und entsprechen im dritten Monat bei 74% aller gesunden Säuglinge der Norm (sind kleiner als 2mal 2 cm.)

11. Die Pfeilnaht schließt sich im dritten Monat bei 84%.

12. Bei Säuglingen bis zum dritten Monat, bei Frühgeburten bis zum vierten, müssen die verschiedenartigen Defekte des Schädeldaches für eine physiologische und nicht pathologische Erscheinung gelten. Die von Kassowitz angegebenen Symptome einer kongenitalen Rachitis halten der Kritik nicht Stand.

13. Die Rachitis tritt in der weitaus größeren Mehrzahl der Fälle nach Verschwinden der kongenitalen Defekte, um den 3. Monat herum oder später auf; in seltenen Fällen früher.

14. Bei Frühgeburten beginnt die Rachitis meist später als bei Ausgetragenen.

15. Die Kraniotabes des Hinterhauptbeines und der Scheitelbeine entlang der Sutura lambdoidea ist das früheste, am meisten konstante und pathognomonische Symptom der Rachitis. Der Charakter der Konsistenz der angeborenen und der rachitischen Erweichung läßt sich nicht scharf unterscheiden und darf differentialdiagnostisch nicht in Betracht gezogen werden.

16. Die kongenitale und die rachitische Kraniotabes sind ihrem Wesen nach gänzlich verschiedene Prozesse...

17. Die Rachitis ist eine erworbene und nicht angeborene Krankheit, mit Ausnahme vielleicht vereinzelter seltener Fälle.

Schlieps (Charkow).

A. N. Lapteff (Tomsk). *Drei Fälle von Achondroplasie.* (Pädiatrija, Juli 1912.) Schlieps (Charkow).

Haut.

Snow. *Purpura, urticaria and angioneurotic edema of the hands and feet of a nursing baby.* (Purpura, Urtikaria und angioneurotisches Ödem der Hände und Füße eines stillenden Kindes.) (Journ. Americ. Med. Assoc., 5. Juli 1913.)

Die Erkrankung erschien im 7. Lebensmonate und dauerte kaum 10 Tage. Ätiologisch konnte nichts eruiert werden, der Verlauf war fieberfrei, die Darmstörungen waren geringfügig, keine innere Blutungen nachweisbar. Ausschlag symmetrisch, die kleineren Gelenke stark, aber sehr vorübergehend affiziert.

Wachenheim (New York).

J. H. Schultz. *Die Prüfung der Hautreaktion auf chemische Reize.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVIII, S. 347—349.)

Im Anschluß an die Mitteilung von Rachmilewitsch (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 77, S. 176) macht Verf. darauf aufmerksam, daß er ähnliche Versuche schon früher angestellt und mitgeteilt hat (Arch. f. Dermatologie u. Syphilis, 1912, Bd. 113, S. 987 bis 1014) und daß er eine Methode zur Prüfung der Hautreaktion ausgearbeitet hat, die auf der Verwendung abgestufter Konzentrationen von Karbolsäure beruht. Mit Hilfe dieser Prüfungsweise konnte er zeigen, daß bei nicht parasitären Hauterkrankungen die nichtbefallenen Hautstellen auf chemische Reize intensiver reagierten als die Haut gesunder Menschen. Damit war ein Anhalt dafür geliefert, daß bei derartigen Fällen eine Disposition zur Erkrankung der Haut vorliegt.

H. Vogt.

Auge.

Gastpar (Stuttgart). *Über Augenuntersuchungen bei Schulkindern.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 12.)

Verf. stieß bei seinen schulärztlichen Augenuntersuchungen auf die befremdliche Tatsache, daß die Kinder aus den Vorortschulen schlechtere Sehverhältnisse aufwiesen als die der Altstadt. Als er jedoch bei seinen Untersuchungen das Prinzip der feststehenden und gleichbleibenden Lichtquelle (Abbildung im Original) anwandte, ergab sich das von vornherein zu erwartende Resultat, daß die Landkinder besser gestellt waren als die Stadtkinder. Klotz.

John Allan. *Refraction work in school-children.* (Brit. Journ. of childr. dis., August 1913.)

Refraktionsuntersuchungen bei Schulkindern müssen besonders sorgfältig vorgenommen werden. Wenn Sehstörungen beobachtet werden, läßt Allan zunächst durch mehrere Tage fortgesetzte Anwendung von 1%iger Atropinsalbe die Pupillen erweitern. Dann erfolgt eine genaue Untersuchung der Augen, die Feststellung der passenden Linse aber erst nach Ablauf der Mydriasis. Nach etwa 6 Monaten muß eine Nachprüfung erfolgen. Eckhardt.

Nase.

F. Göppert (Göttingen). *Die Rhinitis posterior im Säuglingsalter.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 910.)

Nur in verhältnismäßig wenigen Fällen verläuft der Schnupfen beim Säugling unter dem Bilde einer Rhinitis anterior. Zumeist ist die Schwellung der vorderen Nase recht unbedeutend, trotzdem ist bei einem Teil dieser Fälle eine charakteristische Form von Verschluß der oberen Luftwege vorhanden.

Die erste Schnupfeninfektion beim Kinde hinterläßt eine Hemmung der Nasenatmung. Oft kommt es plötzlich während der akuten Schnupfenattacke zu einem vollständigen Verschluß der Nasenwege. Trotz der Nasenverstopfung gedeihen leichtere Fälle gut, während schwerer betroffene schlecht gedeihen und im Wachstum zurückbleiben. Besteht die Erkrankung längere Zeit oder rezidiviert des öfteren, so treten alle charakteristischen Zeichen der behinderten Nasenatmung auf, die sich auch an der Form des Thorax und des Abdomens zu erkennen geben. In manchen dieser Fälle wird fälschlich das Krankheitsbild auf Vergrößerung der Nasenrachenmandeln zurückgeführt, während in Wirklichkeit eine chronische Verstopfung des hinteren Teiles der Nasenwege vorliegt. Wohl ist

die Schleimhaut des Rachenraumes und der hintersten Nase nicht frei von Schwellung, aber die Stenose entsteht an dem Engpaß der Canales choanales. Mit der Erweiterung dieser Canales zur Choane findet die Krankheit ihre natürliche Heilung. Therapeutisch bewähren sich Adrenalin und Argentum nitricum. Vor allem aber kommt es darauf an, das Kind vor akuten Anfällen zu schützen.

Keller (Berlin).

Chirurgie.

Duncan C. L. Fitzwilliams and **W. H. Vincent.** *A case of gangrene of the leg in an infant 11 days old; amputation; recovery.* (Lancet, 15. März 1913.)

10 Tage nach der Geburt entwickelte sich beim Patienten eine Gangrän des rechten Unterschenkels. Da das Kind wider Erwarten nicht starb, wurde Amputation vorgenommen. Heilung. — Ätiologie unklar: Erfrieren, Syphilis ausgeschlossen, für Embolus oder kongenitale Gefäßmißbildung kein Anhaltspunkt. Eckhardt.

J. v. Bókay (Budapest). *Über die lokale Behandlung der während der Intubation im Kehlkopf entstandenen Dekubitalgeschwüre.* (Deutsche med. Wochenschr., 1913, Nr. 40, S. 1925.)

Bei durch Dekubitus erschwerter Extubation wendet Verf. die sogenannte präparierte Bronzheiltube an (mit Alumen imprägniert, mit Gelatine überzogen) und kann so in sehr vielen Fällen eine sekundäre Tracheotomie vermeiden. Nagel-Hoffmann.

A. Nussbaum (Bonn). *Ein einfaches Hilfsmittel bei der Reposition ausgetretener Hernien beim Säuglinge.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 26.)

Um das Schreien und Pressen unmöglich zu machen, blase man dem Schreihals „in kurzen, kräftigen Stößen ins Gesicht".

Klotz.

R. H. Anglin Whitelocke. *Two successful cases of operation for strangulated inguinal hernia in female infants of the ages of 22 and 17 days.* (Brit. Journ. of childr. dis., August 1913.)

Bericht über die Operation von eingeklemmten Hernien bei 2 weiblichen Säuglingen von 22 beziehungsweise 17 Tagen. In dem einen Falle fand sich als Bruchsackinhalt Ovarium, Tube und ein Stückchen Dünndarm, in dem andern das Coecum mit einem langen Wurmfortsatze, der reseziert wurde. Trotz der langen Dauer der Einklemmung (über 3 Tage) glatte Heilung. Eckhardt.

G. C. E. Simpson. *On appendicitis in children.* (Brit. Journ. of childr. dis., September 1913.)

Simpson ist der Meinung, daß die Appendizitis im Kindesalter in den letzten Jahrzehnten nicht nur an Häufigkeit, sondern auch an Schwere zugenommen habe. Bei seinen 34 Fällen unter 14 Jahren in den letzten 2 Jahren fanden sich sehr häufig Konkremente im Wurmfortsatze, meist Kotsteine, aber auch Oxyuren. Die mitgeteilten Erfahrungen berechtigen Verf. zu dem Schlusse, daß möglichst frühe Operation die besten Resultate gebe, und daß jede mit Leibschmerzen verbundene Erkrankung im Kindesalter sorgfältig beobachtet werden müsse. Eckhardt.

Edmund Owen. *Appendicitis: a plea for immediate operation.* (Lancet, 15. Februar 1913.)

Ein langatmiges Plaidoyer für Frühoperation bei Appendizitis. Eckhardt.

Arthur F. Hertz. *Bastedo's sign: a new symptom of chronic appendicitis.* (Lancet, 22. März 1913.)

Verf. hat Bastedos Zeichen (vorsichtige Lufteinblasung ins Rektum) mit gutem Erfolge zur Unterscheidung der chronischen Appendizits von anderen chronischen Entzündungsprozessen (Tube, Ovarium, Niere, Gallenblase, Ureterstein) benutzt: bei chronischer Appendizitis tritt durch die entstehende Auftreibung des Kolons sehr bald deutliche Schmerzhaftigkeit in der fossa iliaca auf.

Eckhardt.

H. E. d'Arcis. *Les polypes du rectum chez les enfants.* (Rev. méd. de la Suisse rom., Nr. 9, 20. September 1913.)

Schon 1859 macht Bryant in einer Studie darauf aufmerksam, daß man bei rektalen Hämorrhagien bei Kindern immer an Rektalpolypen denken solle, die viel häufiger sind, als man glaubt.

d'Arcis berichtet über folgenden Fall: 6jähriger anämischer Knabe. Haselnußgroßer, blutender, nach jeder Defäkation aus dem Anus austretender Tumor. Der Polyp hat einen 6 cm langen Stiel, mit dem er an der hinteren Rektalwand befestigt ist; er wird abgebunden und abgeschnitten. Der Allgemeinzustand des Patienten bessert sich rasch. Mikroskopisch handelte es sich um einen adenomatösen Polypen.

Nach Bokay trifft man auf 2000 Kinder 1 Polypen. Die Ätiologie ist dunkel. Man findet sie vom 3. Monat an bis zum 7. Jahre. Nach Mocquot bluten nur die Polypen, welche einen langen Stiel haben; bei der Defäkation wird derselbe torquiert, die Venen werden geschlossen, während der erhöhte Druck in den Arterien zur Blutung führt. Ulzerationen wurden am beschriebenen Falle keine beobachtet. Die Defäkation ist oft langsam und schmerzhaft, von Tenes-

mus begleitet. Die allgemeine Anämie kann erheblich sein. Als Komplikationen kommen Entzündungen im Rektum vor. Der Polyp kann spontan ausgestoßen werden. Mitunter wird er nur mit einem Spekulum entdeckt. Hämorrhoiden bei Kindern sind selten.

Max Reber (Basel).

Orthopädie.

A. Schanz (Dresden). *Zur Abbottschen Behandlung der Skoliose.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 1019.)

Die von Abbott angegebene Methode findet auf der einen Seite begeisterte Anhänger, auf der andern schärfste Gegnerschaft. Zu den Gegnern zählt der Verf., welcher bereits bei dem Vortrag von Abbott selbst am Kongreß der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft seine Kritik mündlich geäußert hat, die er schriftlich wiederholt. Abbott hat bei seinem Vortrage eine große Anzahl von Photographien und Bildern demonstriert, von denen der Verf. behauptete, daß das von Abbott als experimentelle Skoliose vorgeführte überhaupt keine Skoliose sei und daß das, was er als Überkorrektur skoliotischer Verbiegungen zeigte, in Wirklichkeit keine Überkorrekturen waren. Die nächste Zeit wird schon Klarheit darüber bringen, ob die neue Methode tatsächlich das leistet, was Abbott verspricht oder nicht.

Keller (Berlin).

Brückner. *Über die skaphoide Form des Schulterblattes.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVIII, S. 291—296.)

Die Scapula scaphoidea gehört nicht zu den Symptomen der kongenitalen Syphilis. Von 41 Kindern, welche diese Anomalie aufwiesen, gaben nur 14 positive Wassermannsche Reaktion. Neben der Scapula scaphoidea kamen nur ganz vereinzelt andere Bildungsfehler vor. Auch entsprach die Intelligenz der betreffenden Kinder, an den Schulzeugnissen gemessen, dem Durchschnitt. Gemeinsam war allen Kindern mit Scapula scaphoidea eine schlecht entwickelte Rückenmuskulatur und entsprechend schlechte Körperhaltung, häufig auch ein langer flacher Brustkorb.

H. Vogt.

David M. Greig. *Hereditary congenital wry-neck.* (Brit. Journ. of childr. dis., August 1913.)

Schiefhals mit linksseitiger Verkürzung in 3 Generationen: Großmutter, Mutter und 2 Kinder. Ätiologisch kommt nach Verf. von den verschiedenen Entstehungsmöglichkeiten (durch Trauma während der Geburt oder später; auf Grund einer angeborenen Mißbildung von Nervenzentren usw.) nur in Betracht, daß der Schiefhals in utero erworben ist, und zwar durch eine vererbte gering

Beckendeformität, die den in 1. Lage befindlichen Kopf stark nach links hinüber drückte. Eckhardt.

Eugen Bibergeil (Berlin). *Die klinische Bedeutung der Spina bifida occulta.* (Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 1481.)

Die unter dem Namen der Spina bifida occulta bekannten Defektbildungen der Wirbelsäule entgehen vielfach der Beobachtung, weil auf äußere Kennzeichen ungewöhnlich viel Wert gelegt wird. Die Hypertrichosis z. B. ist ein durchaus inkonstantes Symptom, das in den 15 Fällen des Verf. kein einziges Mal vorkam. Wohl aber können gewisse Störungen in der Funktion der Blase und insbesondere gewisse sich langsam entwickelnde Stellungsanomalien der Füße und Zehen (Aushöhlung der Fußsohle, Krallen- oder Klauenstellung der Zehen, leichte Adduktions- und Supinationsstellungen der Füße) den Verdacht einer Störung im Bereiche der Lendenkreuzbeingegend oder des Endteiles der Wirbelsäule wachrufen. Beachtet man diese Anomalien, so wird mancher Fall von Spina bifida occulta diagnostiziert werden. Keller (Berlin).

Ferd. Schultze (Duisburg). *Die Behandlung des angeborenen Klumpfußes und seiner einzelnen Formen.* (Vortr. i. d. Abt. Chirurgie d. Naturforscherversammlung in Wien.)

Maßgebend für die Therapie des Klumpfußes ist die Einteilung dieser Deformität in die einzelnen Formen. Wir unterscheiden Urformen, und zwar 2 Gruppen, die im ersten Quinquennium und die jenseits desselben.

Die Einteilung ist folgende:

I. Der Klumpfuß des Säuglings und des ersten Quinquenniums.

1. Urformen:

a) muskuläre Form,

b) ligamentäre Form,

c) ostale Form (Monod).

2. Veränderte Urformen:

a) Deformität des Talus,

b) Deformität des Kalkaneus,

c) Deformität des Talus und Kalkaneus,

d) Deformität des Metatarsus.

II. Der Klumpfuß des zweiten Quinquenniums und der folgenden Jahre.

1. Urformen:

a) mit geschwungener Fußsohle,

b) mit rechtwinkliger Fußsohle.

2. Veränderte Urformen:

a) Deformität des Talus,

b) Deformität des Kalkaneus,

c) Deformität des Talus und Kalkaneus,

d) Deformität des Metatarsus.

Die aus obiger Einteilung resultierende Detaildiagnose zeigt uns den Weg und verlangt eine besondere Behandlung jeder einzelnen Form unter Anwendung ganz bestimmter Maßnahmen. Mit Rücksicht darauf kann es nicht gleichgültig sein, in welcher Weise man die Korrektur eines Klumpfußes vornimmt, ein Standpunkt, welcher von Lange früher und besonders von Lorenz jüngst vertreten wird. Der Keil nach Koenig, die Fußpresse von Lorenz, der Osteoklast Heusner, Riedinger, Graf können nur summarisch wirken. Um einen Klumpfuß unblutig zu korrigieren, sind Apparate erforderlich, welche jede einzelne Deformität beherrschen, eine Forderung, welcher meine Osteoklasten I und II gerecht werden.

Es muß von vornherein der einzelnen Form entsprechend die Korrektur durch bestimmte Einstellung des Osteoklasten besorgt werden. So ist z. B. die ostale Urform ganz anders zu behandeln als eine Deformität des Talus oder Kalkaneus. Die Knochen müssen an den richtigen Ort gebracht werden und da spielt der vielbesprochene Talus die Hauptrolle mit. Letzterer ist ohne Fraktur, ohne Zersprengung der Fußgabel zu reponieren, trotz der Bedenken von Vulpius und Froelich ist dies sehr wohl möglich.

Der Hauptwert in der Redressionsarbeit ist der Handhabung der Fußpresse beizulegen. Die mit jedem Redressement veränderte Stellung der Deformität verlangt eine erneute Einstellung des Fußes. Es müssen stets neue Partien des Fußes durch die Pelotten fixiert werden. Daraus resultiert die größere Leistungsfähigkeit des Osteoklasten. Die Zugkraft, welche das Redressement besorgt, weicht vollends ab von den bisherigen Methoden. Durch den Apparat werden 30 bis 60 Redressionsbewegungen in der Minute ausgelöst, ganz nach Vorschrift, so daß wohl ein schonenderes Redressement überhaupt nicht gedacht werden kann. Es wird also nach ganz bestimmten Grundsätzen gearbeitet, eine Technik, welche durch keinen andern Osteoklasten bis jetzt erreicht worden ist, ganz zu schweigen von der Arbeit mit dem dreieckigen Keil, zu dem jüngst wieder Lorenz seine Zuflucht genommen hat (Kongr. f. orth. Chir., Amsterdam 1913, zugleich ein Zeichen, daß der Osteoklast Lorenz nicht die Technik des Koenig-Keils übertrifft, im Gegenteil.

Der Osteoklast II hat seine bestimmte Indikation, er kann nur in Tätigkeit treten, wenn der Spitzfuß vollendet ist. Tenotomien sind stets indiziert.

Wattegipsverband ist nach jedem Redressement anzulegen, Trikotgipsverband dann, wenn Schwellungen nicht mehr auftreten. 2 bis 3 Sitzungen sind stets erforderlich. Nach zirka 3 bis 4 Wochen

soll die Korrektur vollendet sein und der Patient der Ambulanz überwiesen werden. Zwei Monate später ist gewöhnlich die Kur beendet. Die Beobachtung dauert ein Jahr und verlangt eine Vorstellung unter Kartenkontrolle in Abständen von 1 bis 2 Monaten.

Jeder Klumpfuß, ganz gleich welcher Deformität respektive welchem Alter er angehört, kann und muß mit Sicherheit unblutig korrigiert werden. Die neuesten Empfehlungen der blutigen Behandlungen Lucas-Championière bedeuten eine weitgehende Zerstörung des Fußes, welche stets vermieden werden können (Intern. Kongr., London, 1913.) Es ist dies nur eine Veränderung der Deformität. Zur Beurteilung des Falles vor und nach der Korrektur kann nur die Photographie maßgebend und beweiskräftig sein, welche nach bestimmten Grundsätzen aufgenommen ist, stets 4 Bilder vor der Aufnahme und nach der Aufnahme, dann je 2 Röntgenaufnahmen vor und nach der Korrektur. Das Fußsohlenbild ist für die Kontrolle der Korrektur von sicherster ausschlaggebender Bedeutung.

Nach meiner Erfahrung besteht das Paradoxon zu Recht: „Die leichten Formen sind die schwereren und die schweren Formen sind die leichten."

Die zahlreichen, entsprechend der neuen Einteilung geordneten Lichtbilder liefern den Beweis von der außerordentlichen Leistungsfähigkeit meiner Osteoklasten. Keller (Berlin).

Hygiene und soziale Medizin.

O. Reinach (München). *Die Errichtung von Säuglingspflegematerial- und Wäschedepots im Anschluß an die bestehenden Säuglingsfürsorgeeinrichtungen oder als eigene Institutionen.* (Münchener med. Wochenschr., 1913, Nr. 25.)

Verf. hält eine Unterstützung mit Säuglingswäsche und allem einschlägigen andern Pflegematerial für wünschenswert und für wichtig bei unserm Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit. Wie er sich die praktische Durchführung seiner Vorschläge vorstellt, muß im Original nachgelesen werden. Die Anregungen verdienen unzweifelhaft Förderung. Klotz.

Stein (Neustrelitz) und **Brüning** (Rostock). *Die Säuglingssterblichkeit im Großherzogtume Mecklenburg-Strelitz, nebst Bemerkungen über ihre Ursachen und Bekämpfung.* (Ergänzungshefte d. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, Bd. I, Nr. 3.)

Die vorliegende Studie ist als eine wertvolle Ergänzung des Brüningschen Werkes über die Säuglingssterblichkeit im Groß-

herzogtum Mecklenburg-Schwerin zu begrüßen. Fleiß und Gründlichkeit zeichnen auch diese ein großes Zahlenmaterial verarbeitende Publikation aus. Die Ergebnisse sind in 20 ausführlichen Thesen verarbeitet, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann, deren Studium für den Interessenten jedoch lohnend ist. Erreicht die Sterblichkeit der illegitimen Säuglinge doch gelegentlich horrende Werte (46·7%, 51·6%).

In den Schlußkapiteln verbreiten die Autoren sich ausführlich über alle wichtigen Punkte der Ursachen und Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, wobei wohl in erster Linie Brünings große Erfahrung zu Worte kommt. Klotz.

Schule.

M. E. Michalowitsch (St. Petersburg). *Die Krankheiten des Entwicklungsalters der Schuljugend und der Kampf mit denselben.* (Pädiatrija, Mai 1912.)

Die Arbeit bringt nichts Neues und macht den Eindruck, als wäre sie für Laien oder junge Mediziner geschrieben. Ihre Publikation in einem Fachblatte der Pädiatrie wirkt daher befremdend.

Schlieps (Charkow).

François Naville. *Les classes spéciales pour enfants anormaux. De leur rôle et de leur organisation actuelle en Suisse, à Genève en particulier.* (Rev. Suisse de méd., Nr. 21.)

Eine Statistik aus dem Jahre 1897 ergab, daß in der Schweiz auf 500.000 Primarschulkinder 7600 (13‰) geistig schwache kommen, von denen 400 nicht erziehbar sind. Dieser Prozentsatz entspricht ungefähr den Verhältnissen in England und Deutschland.

In die Spezialklassen werden nur geistig anormale oder durch vorübergehende Krankheiten in ihrer Intelligenz, im Gedächtnis oder im Charakter geschwächte Kinder aufgenommen. Daß abnorme Kinder in den gewöhnlichen Klassen sowohl dem Lehrer als den Mitschülern hinderlich sind, liegt auf der Hand und hat das Mannheimer System hervorgerufen. (Gruppierung der Schüler nach ihren Fähigkeiten und nicht nach dem Alter.)

In den Spezialklassen können die Kinder in bezug auf ihre geistigen und körperlichen Schwächen studiert und individuell behandelt werden. Kinder mit unheilbaren, dementen Zuständen oder solche, die durch ihren schlechten Charakter ihren Mitschülern schaden könnten, werden nicht aufgenommen. Bei den abnormen Kindern wird aller überflüssige Lehrstoff weggelassen und nur gesucht, nützliche und brauchbare Menschen zu erziehen. Der Unterricht

ist vorwiegend aufs Praktische gerichtet. Spiele, Turnübungen, Spaziergänge werden als Mittel zum Zwecke verwendet.

In einem historischen Rückblick erinnert Verf. an die Griechen, welche die schwächlichen Kinder beiseite schafften, an Paracelsus und Plater, welche an Idioten und Kretinen Studien machten. Horace de Saussure, Malacarne, Ackermann usw., am Ende des 18. Jahrh. waren die ersten, die verlangten, daß man sich der armen Wesen annehmen solle. 1816 wurde von Guggenmoos ein Erziehungshaus für abnorme Kinder in Salzburg gegründet, 1841 ein Asyl auf dem Abendberg bei Interlaken. In Deutschland haben 250 Städte 1050 Spezialklassen, 75% der aus diesen Schulen Entlassenen sind imstande, für ihre Existenz zu sorgen. In verschiedenen deutschen und schweizerischen Städten existieren noch sogenannte Förderklassen. In den meisten Staaten Europas sind in den letzten Jahren Spezialklassen geschaffen worden.

Zurzeit zählt die Schweiz in 32 Städten 80 Spezialklassen mit 1700 Schülern.

Zum Schluß berichtet Naville ausführlich über die historische Entwicklung der Spezialklassen in Genf, über die Gründung einer medizinisch-pädagogischen Kommission zur Prüfung und Zentralisation aller diesbezüglichen Fragen sowie über seine Tätigkeit und seine projektierten Pläne als überwachender Arzt.

Max Reber (Basel).

Berichte.

Münchner Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Offizieller Bericht.

Sitzung vom 25. April 1913.

1. **Lißmann:** „*Demonstration.*"

Lißmann demonstriert einen primär gegen Pollutionen konstruierten und gegen diese mit Erfolg angewendeten Apparat („Antipollut", H. Katsch), um Versuche damit zur Verhinderung der Masturbation anzuregen. Er hat in 2 Fällen exzessivster Onanie durch den Apparat, der bei beginnender Erektion durch einen elektrischen Kontakt ein Lautsignal auslöst, gute Erfolge erzielt.

Diskussion: v. Pfaundler meint, daß der Apparat die Aufmerksamkeit der Kinder auf das Genitale lenken und damit einer richtigen psychischen Behandlung entgegenarbeiten werde. Überdies werden Masturbanten sehr bald darauf kommen, den Apparat im kritischen Moment zu beseitigen; diese und andere Nachteile gestatten nicht, dem Verfahren eine günstige Prognose zu stellen.

Lißmann (Schlußwort): Der therapeutische Versuch durch Aufmerksamkeitsablenkung von den Genitalorganen Onanie zu heilen, ist sicherlich der wertvollste, bei gehäufter, stark eingewurzelter Onanie aber meist erfolglos. In solchen verzweifelten Fällen soll der „Antipollut" versucht werden.

2. **v. Pfaundler:** *„Demonstrationen."*

a) Einen 8jährigen Knaben mit partiellem Pektoralisdefekt links, der mit Dextrokardie und Ausbildung eines Halbrippenpaares verbunden ist. Diese anscheinend sehr seltene Kombination spricht hinsichtlich Ätiologie mehr für ein Vitium primae formationis als für eine mechanische Behinderung der Muskelentwicklung. Keine Funktionsstörung.

b) Einen Knaben mit kongenitaler Elefantiasis mollis, weit ausgebreitet über Gesicht, Rumpf und Extremitäten, namentlich das rechte Bein und den rechten Fuß. Die schon bei der Geburt angedeutete, später wesentlich vermehrte Anomalie beruht nach dem unzweideutigen Ergebnis des Anzapfungsversuches auf diffuser Lymphangiektasie. Überraschenderweise hat eine Schilddrüsentablettenkur den Zustand sehr günstig beeinflußt. Der Rückgang der Schwellung war um so deutlicher, je stärker betroffen der Körperteil gewesen ist. Es handelt sich also nicht etwa um eine bloße Entfettung.

c) Einen 6 Wochen alten Säugling mit Tetanus, der anscheinend erfolgreich mit wiederholten, spinalen Magnesiumsulfatinjektionen behandelt worden ist. Die gegen Säuglingstetanus wohl erstmalig angewandte Bittersalznarkose bewirkte jedesmal eine mehrstündige komplette Erschlaffung der unteren, weiter auch der oberen Extremitäten sowie der Rumpf- und der Schluckmuskulatur, was eine reichliche Nahrungsaufnahme ermöglichte. Erscheinungen von Atmungslähmung fehlten. Diese symptomatische Therapie wurde natürlich mit einer Serumtherapie (gleichfalls intradural) verbunden.

d) Einen 3½jährigen Knaben mit überaus charakteristischen Erscheinungen des sogenannten Schädelchloroms. Es handelt sich um ein Myeloblastenchlorom mit Bildung von periostalen, symmetrischen Tumoren an der Orbita (Protrusio), an den Schläfen-Tränendrüsen, dem Gaumen, in der Nasenhöhle und im äußeren Gehörgang als Ausdruck einer universellen Myelose beziehungsweise einer submyelämischen Sarkoleukämie. Die Myeloblasten täuschen große Lymphozyten vor. Ihre Stellung im System wird erörtert. Leber-, Milz-, Lymphdrüsenschwellungen fehlen. Leichte hämorrhagische Diathese, mäßige Kachexie; keine Seh- und Hörstörungen. Röntgen und Arsen wirkungslos. Differentialdiagnose gegen Mikuliczsche Krankheit.

Diskussion: Ad *a*): Hecker und v. Pfaundler; ad *c*): Rommel teilt mit, daß sich ihm in zwei einschlägigen Fällen von schwerem Tetanus die Lumbalpunktion mit nachfolgender Applikation des Tetanusheilserums in den Duralsack recht gut bewährt habe.

Ibrahim, v. Pfaundler.

Ad *d*): Hüttenbach, Benjamin, v. Pfaundler.

3. **Ibrahim:** *„Zur Diagnose und Therapie des chronischen Hydrocephalus internus."*

Das Studium des Urotropingehaltes des Liquors beim Hydrozephalus nach interner Urotropinverabreichung hatte auf ein verzögertes Verschwinden des Urotropins aus dem Liquor bei diesen Kindern

schließen lassen. Zu diagnostischen und prognostischen Schlüssen werden sich diese Untersuchungen wahrscheinlich nicht verwerten lassen; doch haben quantitative Bestimmungen in dieser Richtung klinisch ein gewisses Interesse.

Therapeutisch hat Vortragender in 2 Fällen von idiopathischem Hydrozephalus bei Säuglingen auf Lumbalpunktionen mit nachfolgender Umschnürung des Kopfs durch Heftpflasterstreifen eine dauernde Verkleinerung des Kopfes folgen sehen, und empfiehlt, dies Verfahren beim idiopathischen Hydrozephalus der Säuglinge zu versuchen. Bei einem postmeningitischen Hydrozephalus hatte es keinen Erfolg.

Diskussion: Rommel hat kürzlich die vom Vortragenden empfohlene Methode der wiederholten Punktionen mit nachfolgender Kompression im Säuglingsheime an einem Falle mit Hydrocephalus congenitus mit negativem Erfolge angewandt. Immerhin sagten zwei positive Erfolge bei der sonst so wenig aussichtsreichen Behandlung mehr als ein negativer. Rommel fragt bei Ibrahim an wegen der angewandten Methodik.

Ibrahim, Ranke, Ibrahim (Schlußwort).

4. Stellungnahme der Gesellschaft zur Organisation der Münchener ärztlichen Vereine.

5. Die Herren Dr. Börger und Dr. Husler werden als Mitglieder aufgenommen.

Sitzung vom 23. Mai 1913.

1. **A. Loeb** (a. G.): *„Über Heilerziehungsheime für Psychopathen."*

Die richtige Fürsorge für Kinder mit psychopathischer Konstitution ist bis jetzt noch nicht in Angriff genommen worden. Es handelt sich um Individuen, die eine ganz gute Intelligenz besitzen, die aber auf dem Gebiete des Affektlebens krankhaft veranlagt sind; sie sind im Elternhause und in der Schule schwer erziehbar und spielen in der Kriminalität der Jugendlichen eine große Rolle. Durch eine rechtzeitige medizinisch-pädagogische Erziehung können sie gerettet werden und sich zu brauchbaren Mitgliedern der menschlichen Gesellschaft entwickeln, während sie sonst dem Zuchthause, dem Irrenhause, dem Vagabundentum, den Armen- und Siechenhäusern oder dem Selbstmorde einheimfallen. Solche Kinder gehören nicht, wie bisher aus Notbehelf, in die Schulen für Schwachbegabte, da der gegenseitige Einfluß von Schwachsinnigen und Psychopathen ein sehr verderblicher ist, und auch nicht in Besserungsanstalten, da hier nur normale Moralischverderbte die geeignete Erziehungsmethode finden und die Psychopathen diese Anstalten gewöhnlich in ungebessertem Zustande verlassen, am wenigsten in Irrenanstalten, da sie ja nicht geisteskrank sind und nach einem Aufenthalte in der Irrenanstalt für das Leben noch untauglicher werden als zuvor. Es sind deshalb eigene Psychopathenheime, sogenannte Heilerziehungsheime dringend notwendig, in denen ein pädiatrisch und psychiatrisch geschulter Arzt und ein Pädagog in vollster Harmonie die ganze Erziehung leiten. Die Verbringung in ein solches Heim muß möglichst frühzeitig, schon in den Kindergartenjahren oder in den ersten Schuljahren erfolgen, da nur auf diese Weise vortreffliche Erfolge erzielt werden können. Diese Erziehungsheime bilden die beste Prophylaxe gegen die jugendliche Kriminalität, da erfahrungsgemäß der größte Teil der jugendlichen Kriminellen diesen Psychopathen angehört.

Diskussion: Isserlin, Ibrahim, Hecker und Loeb.

2. **A. Uffenheimer:** *„Neuere Untersuchungen zur Kaseinfrage."*

Im Anschlusse an die früheren Arbeiten mit Takeno, durch welche mit Hilfe des anaphylaktischen Versuches wie der Präzipitation der Nachweis gelang, daß sich in den Stuhlbröckeln kranker, mit Kuhmilchmischungen ernährter Säuglinge nicht gar so selten Kasein findet, wurden die vorliegenden Untersuchungen mit Liwschiz unternommen. Es galt zunächst die Frage zu beantworten, ob das, was in den Bröckeln nachgewiesen wurde, unverändertes Kasein sei, das durch irgend welche besondere Verhältnisse der Labung entgangen ist, oder ob es Parakasein sei, und ob diese Substanz die gleichen biologischen Reaktionen gebe wie das native Kasein. Zur Beantwortung der gestellten Frage wurden die drei anwendbaren biologischen Methoden herangezogen, die Präzipitation, die Bindung des Alexins (Complements) und der anaphylaktische Versuch. Es zeigte sich bei den Präzipitationsversuchen, daß das Laktoserum bei quantitativer Anordnung viel stärkere Niederschlagsbildungen auslöst als das Parakasein-Antiserum, nicht nur gegenüber Milchverdünnungen, sondern auch gegenüber Verdünnungen des Parakaseins. Drei große Versuchsreihen mit der Bindung des Alexins (Complements) ergaben analog diesen Experimenten eine bestimmte Stufenfolge der gegenseitigen Einstellung von Kasein und Parakasein auf ihre Antisera. Es reagierte nämlich in der Regel das Kasein nicht nur mit seinem eigenen Antiserum stark, sondern auch mit dem Parakasein-Antiserum, und zwar bedeutend stärker als das Parakasein selber mit diesem seinem eignen Antiserum zu reagieren pflegte. Die Reaktion des Parakaseins mit dem Laktoserum war zwar schwächer als die des Kaseins mit seinem Antiserum, aber immer noch stärker als seine Reaktion mit dem von ihm erzeugten Parakasein-Antiserum. Will man die Schlußfolgerungen aus den bisher erwähnten Versuchen etwas allgemeiner darstellen, so kann man sagen, daß das Parakasein offenbar in seiner antigenen Wirkung im Vergleiche mit dem Kasein beeinträchtigt ist; anderseits zeigt das genuine Eiweiß „Kasein" eine größere Avidität selbst zu dem Parakasein-Antiserum als das immerhin schon veränderte Parakasein. Die mit vielfachen Variationen unternommenen anaphylaktischen Versuche (63 Tiere) ließen erkennen, daß die anaphylaktische Methode zur Unterscheidung von Kasein und Parakasein — wenigstens in der von uns gewählten Versuchsanordnung — nicht zu gebrauchen ist. Auch die Präzipitationsmethode genügt nach unseren Erfahrungen nicht, um eine solche Entscheidung zu ermöglichen. Am brauchbarsten für diesen Zweck wäre unzweifelhaft die Alexin- (Complement-) Bindungsmethode. Diese zeigte ja eine typische Stufenfolge der Ablenkung für Kasein und Parakasein gegenüber deren Antiseren. Die geschilderten Resultate wurden aber nur für genau bekannte quantitative Verhältnisse erreicht. Die Anstellung analoger Versuche mit dem Filtrate von Stuhlbröckeln wäre aber ziemlich aussichtslos, da es ja in jedem Falle ganz unbekannt ist, in welcher Konzentration die gesuchte Materie (Kasein oder Parakasein) in den „Kaseinflocken" sich befindet. Anderseits ist es — wie schon in der ersten Publikation betont — überhaupt nicht opportun, sich beim Arbeiten mit dem Mixtum compositum der Kaseinflocken der Alexin- (Complement-) Bindungsmethode zu bedienen. So muß man also zu dem Schlusse kommen, daß es der biologischen Methodik nicht möglich ist, zu entscheiden, ob die in den Bröckeln nachgewiesene Substanz Kasein oder Parakasein ist.

Die zweite Frage, die zu beantworten war, hieß: Ist nicht nur in den Stuhlbröckeln kranker, mit Kuhmilch ernährter Säuglinge Kasein (oder Parakasein) nachweisbar, sondern ist ein gleiches Verhalten auch dem Stuhle gedeihender, künstlich ernährter Kinder eigen? Diese Frage wurde fast ausschließlich mit Hilfe der Präzipitations-

methodik untersucht. Das Kindermaterial entstammte dem Münchener Säuglingsheime.

Es wurden gegen 40 derartige Untersuchungen vorgenommen. Bei dem größten Teil derselben erhielten wir positive Resultate. Bei 12 Kindern im Alter von 1 bis 8 Monaten fanden 18 Untersuchungen statt, deren Kontrollen auch nach schärfstem Zentrifugieren[1]) nicht den geringsten Niederschlag zeigten. Fast alle diese Proben ergaben mit den (ja nicht sehr hochwertigen) Antiseren deutliche Präzipitation. Aber während mit dem Laktoserum die meisten Proben mehr oder weniger deutlich positiv ausfielen, waren die Ergebnisse mit dem Parakasein-Antiserum viel weniger deutlich positiv. Auch das hierbei beobachtete gegensätzliche Verhalten von Parakasein-Antiserum und Laktoserum stimmt sehr gut zu dem im ersten Teil über ihre Beziehungen zu ihren Antigenen Gesagten. Ganz verfehlt wäre es dagegen zweifellos, aus diesen Versuchen schließen zu wollen, daß die Bröckel Kasein und nicht Parakasein enthalten. Nach den geschilderten Befunden scheint das Vorkommen biologisch nachweisbaren Kaseins (oder Parakaseins) in „Kaseinflöckchen" aus dem Stuhle gut gedeihender Säuglinge ein alltägliches Ereignis zu sein. Ein (wenn auch vermutlich nicht bedeutender) Anteil des täglich ausgeschiedenen Stuhl-N stammt demnach aus dem als Nahrung aufgenommenen Kasein.

Dr. Liwschiz wird in seiner Inaugural-Dissertation ausführlicher über unsere Experimente berichten (viele Tabellen!). Ich will versuchen, durch große Reihenuntersuchungen die zuletzt geschilderten Ergebnisse noch völlig sicherzustellen.

Diskussion: Benjamin, Ibrahim und Uffenheimer.

Sitzung vom 20. Juni 1913.

1. **Schmincke** (a. G.): Demonstration der Organe eines 2 Jahre alten Kindes mit Miliartuberkulose fast sämtlicher Organe des Körpers bei käsiger Tuberkulose beider Lungen. Multiple Konglomerattuberkel der Groß- und Kleinhirnrinde; Ependymtuberkulose der Seitenventrikel; frische tuberkulöse Leptomeningitis der Basis wie der Konvexität.

2. **Reinach** demonstriert:

a) Eitrige Thrombophlebitis der Nabelvene, und zwar des proximalen, der Leber benachbarten Teiles, des Gefäßhauptstammes an der Unterfläche der Leber sowie der Hauptäste. (Im Ausstrich aus dem Eiter Streptokokken.) Diffuse fibrinös eitrige exsudative Peritonitis. Status infectiosus. Dilatation des Herzens. Parenchymatöse Degeneration des Myokards. Trübe Schwellung der Nieren und der Leber. Katarrhalische Gastroenteritis und Bronchitis. Exitus erfolgte im Alter von 4 Wochen.

b) 4 Wochen altes Kind. Thromboarteriitis des proximalen Teiles der linken Nabelarterie. Thrombose des proximalen Teiles der Nabelvene bei Eiterung in dem Nabelring. Zystennieren. Erweiterung beider Ureteren. Hypertrophie der Blasenwandung mit hochgradigem Ödem

[1]) Vermutlich ist die von uns angewandte Technik von größter Wichtigkeit für den Ausfall der Versuche. Das stets vorgenommene, starke Zentrifugieren zeigt noch deutliche Präzipitatbildung, wo die einfache Ring- und Schüttelprobe scheinbar negativ ausfallen. Es ist klar, daß bei einer solchen Methodik die Kontrollen besonders scharf beobachtet werden müssen.

der Blasenschleimhaut. Erweiterung der Harnröhre. Hochgradige Phimosis des Vorhautsackes. Doppelseitige Bauchhoden. Eitrige Infiltration des Gewebes um die Glandula submaxill. l. u. r.

c) 4½ Monate altes Kind. Chron. catarrh. und noduläre Enteritis des Dünn- und Dickdarmes. Ascaridosis (asc. lumbricoid.). Universelle Anämie. Schwere parenchymatöse Degeneration der Leber. Katarrhalische Bronchitis. Beginnende lobuläre Pneumonie.

Das Kind litt in vivo an bald wässerigen, bald blutig-schleimigen Diarrhöen und starker Blässe. Abmagerung nicht sehr hochgradig. Fieber trat erst einige Stunden vor dem Exitus auf infolge beginnender Pneumonie. Zwei Stunden vor dem Exitus Entleerung eines 6 cm langen, weißen Ascaris lumbricoid. Die Obduktion zeitigte noch 5 Askariden

Diskussion: Ad *a*) Schmincke: Hinweis auf ein aufgestelltes mikroskopisches Präparat der entzündeten Venenwand mit nach Gram gefärbten Kokken in Diplo- und Kettenform.

Ad *b*) Schmincke weist darauf hin, daß als das Primäre der pathologischen Veränderungen die durch die Phimose bedingte Verengerung des distalsten Harnröhrenabschnitts anzusehen ist, welche den Abfluß des Harns behindert hat; hierdurch ist es zu Rückstauung des Harns mit Erweiterung der Harnblase und Hypertrophie der Harnblasenwandung, zur Erweiterung der Ureteren und der Nierenbecken gekommen. Die mikroskopischen Bilder der Nieren sind ähnlich denen bei hydronephrotischer Atrophie der Nieren von erwachsenen Personen. Demonstration der mikroskopischen Präparate.

Ad *c*) Ibrahim und Reinach.

3. **Spiegelberg:** *„Über Behandlung von Kindern in Sanatorien."*

Der Vortragende streift kurz die Entwicklungsgeschichte der Kindersanatorien, deren Arten usf., um auf das Wesen und die Notwendigkeit des Kindersanatoriums im eigentlichen Sinne näher einzugehen. Die Indikationen des letzteren sind die weitesten und nur durch gewisse Ausschließungen beschränkt. Die Notwendigkeit steht heute außer aller Frage. Zu den Indikationen, die durchsprochen werden, liefern den Hauptanteil die Neuropathen, die „Milieukranken", aber auch andere Nervöse. Bei diesen Kindern ist das Einschneidendste die Entfernung aus den bisherigen Lebensgewohnheiten, der Übergang in fremde Hände und in körperlich und geistig erziehende Verhältnisse. Diese Gruppe von Kindern wird durch Beispiele erläutert. Die monosymptomatische Hysterie ist symptomatisch fast immer zu heilen; die Nichtesser, das freiwillige Erbrechen, geistige Ermüdungszustände u. a. m. werden im einzelnen besprochen; des weitern die Diät und Diätkuren bei chronischer Obstipation, Stoffwechselanomalien u. a. m. Die Diät muß eine vorherrschend laktovegetabile sein, der Fleischgenuß auf ein geringes zurücktreten; rein vegetarische Kost läßt sich nur in besonderen Fällen verwenden. An Methoden werden kurz behandelt: Körperpflege, Turnen und Gymnastik, Massage, Liegekur, Luft- und Sonnenbad, wobei der Vortragende erinnert, daß letztere beide als differente Mittel gebraucht werden müssen, namentlich das Sonnenbad. Medikamente sollen im Sanatorium tunlichst umgangen werden, schon um die Kritik nicht zu trüben. Arsenkuren werden noch am ehesten angewandt. Aus der Hydrotherapie ist zwar ein großer Teil von Behandlungsmitteln zu entnehmen, alle Kaltwasserkuren aber sind bei Kindern sehr vorsichtig und mit Beschränkung verwendbar. Die beruhigende Wirkung des verlängerten warmen und die des leichten Kohlensäurebades wird besonders hervorgehoben. Auf die psychische Behandlung, die Beschäftigungstherapie, die Ausnutzung des Unterrichts zu therapeutischen Zwecken geht der Vortragende in kurzen Zügen ein.

Der Schluß des Vortrages befaßt sich mit der Klimabehandlung. Bayern schneidet bei allen Klimatologen wenig gut ab; die geographische Lage des Kindersanatoriums des Vortragenden läßt jedoch das Klima als Heilfaktor bei fast allen Kuren in seine volle Bedeutung treten. Namentlich den Winterkuren ist mehr Beachtung zu schenken. Der Vortragende geht auf die Grundzüge der Klimabehandlung näher ein; besonders auffallend ist die Wirkung des Gegensatzes im Klima von daheim und im Sanatorium bei manchen Kindern, z. B. solchen aus dem schlaffen Rhein-, Mainklima oder aus dem Osten.

Kurven und Tabellen erläuterten den Vortrag.

Diskussion: Rommel: Die Sanatoriumbehandlung ist für manche Fälle, besonders Neuropathien der „Einzigen" und „Milieukinder" die sicherste und erfolgreichste Behandlungsmethode; oft ist sie die ultima ratio in jenen Fällen, wo wir unser gesamtes therapeutisches Rüstzeug erschöpft haben. Mehr als bisher sollten die Kollegen zur Verordnung von Winterkuren schreiten, die für die Großstadtkinder einen besonders heilsamen Einfluß ausüben. Eine Lücke in der Sanatoriumbehandlung besteht noch bislang in dem Mangel, „keuchhustenkranke" Kinder in Sanatorien einer klimatischen „milieuändernden" Behandlung zuzuführen. Sanatorien, die speziell dieser Erkrankung zur Verfügung ständen, sollten an geschützten Lagen errichtet werden und wären regen Zuspruches sicher.

Hecker: Das ganze Sanatoriumswesen ist ein trauriges Zeichen unserer Zeit; diejenigen Faktoren, die eigentlich berufen sind, den Kranken zu heilen und zu pflegen, der Arzt und die Angehörigen, hier die Eltern, versagen und rufen fremde Hilfe an. Fort aus dem Elternhaus, heißt die Parole für unsere „Milieukinder" und wirklich gedeihen diese in fremder Hand dann auch besser als in der Umgebung ihrer nervösen Eltern.

Die Erfolge, die der Vortragende aus seiner mustergültig geleiteten Anstalt sehr bescheiden angibt, kann ich nur bestätigen; die Nichtesser, die Zappler, die Durchsichtigen kommen oft ganz umgewandelt zurück. Manche Kinder vermögen sich wirklich nicht einzugewöhnen, zumal wenn die Eltern immer von neuem gerührten Abschied nehmen und alle Tage wieder im Sanatorium auftauchen.

Auf die Verwendung von Arbeit, und zwar von schaffender, nützlicher im Gegensatz zu einfacher Beschäftigung möchte ich besonderen Wert legen als Heil- und Erziehungsmittel.

Als Gegenstück zum elterlichen Milieu hat auch das „Sanatoriumsmilieu" gewisse Gefahren, insofern es die Kinder daran gewöhnt, betreut, gepflegt und als etwas Besonderes behandelt zu werden.

Uffenheimer macht auf einen Punkt aufmerksam, der bei Erwägung der Einweisung eines Kindes in ein derartiges Sanatorium nicht übersehen werden darf. In den Sanatorien, so wie sie jetzt in der Regel ausgestattet sind, findet das Kind ein ziemlich luxuriöses Milieu, das vielfach nicht so wesentlich von dem zu Hause absticht. In manchen Fällen ist es sicherlich angebracht, Kinder in einfachere Verhältnisse zu bringen, wo sie eine reduzierte Lebenshaltung vor sich sehen und wo alles, was nach „Verwöhnen" und nach „Luxus" aussieht, ausgeschlossen ist. Uffenheimer hat in solchen Fällen Kinder in der Familie von Hilfsschullehrern untergebracht und dabei bei gleichzeitiger intensiver, heilpädagogischer Behandlung sehr gute Resultate gesehen (z. B. Heilung eines von allen Seiten als unheilbar bezeichneten schweren Tics usw.) Uffenheimer knüpft hieran noch einige kurze Bemerkungen über die Punkte: Freiwilliges Erbrechen, laktovegetabile Kost, Arsenkuren, Behandlung der Anämiker und Psychotherapie in Kindersanatorien.

Spiegelberg (Schlußwort): Die Diskussionsredner lieferten ein wertvolles Ergänzungsmaterial des durch Zeit und Thema

beengten Vortrages. Herrn Rommel ist Spiegelberg besonders dankbar für Unterstreichung der Winterkuren.

Bei aller Beschäftigungstherapie ist zu berücksichtigen, daß das Kind einen Endeffekt seiner Arbeit merkt, oft macht es jedoch zunächst Schwierigkeiten, das Kind überhaupt anhaltend bei der Beschäftigung zu halten, und liegt schon hierin ihr Heileffekt.

Psychoanalyse im Freudschen Sinne verwirft Vortragender.

Die Nachteile, die Uffenheimer vom Kindersanatorium fürchtet, treffen nur für einige ganz bestimmte Kinder zu. Der Unterschied von Luft- und Sonnenbad liegt vor allem darin, daß ersteres bewegte Luft und Bewegung in der Luft verwenden läßt, was nebenbei dosierbar, letzteres Wärmebestrahlung. Die Milch wird in der Diät selten in über 1 l gehendem Quantum gebraucht. Das Luftschlucken ist dem Vortragenden bekannt. Arsenkuren sind nicht zu unterschätzen, das Dürkheimer Wasser ist nicht immer indifferent für den Digestionskanal.

Induktion hat Vortragender manchmal beobachtet (Erbrechen, es ist eben Aufgabe des Arztes, da vorzubeugen.

„Heimweh" ist in den meisten Fällen eine Wortsuggestion, bei ganz kleinen Kindern mag die enge Beziehung zur Mutter noch wirken. Von intestinalem Infantilismus bei der Obstipation ist dem Vortragenden nichts zur Beobachtung gelangt.

Bei allen Pfleglingen, den Enuretikern z. B., selbst Obstipierten u. a. wirken die psychischen Eindrücke bedeutend mit. Viel macht die persönliche Einwirkung des Arztes einerseits, die Kindergeselligkeit anderseits.

An manchen Mißerfolgen sind leider die Eltern vielfach hauptschuldig.

Sitzung vom 11. Juli 1913.

1. **Schmincke** (a. G.):

a) Demonstration des Darmes eines an Typhus abdominalis verstorbenen 3 Jahre alten Kindes im Stadium der Verschorfung und teilweise der Geschwürsbildung.

b) *„Demonstration zur pathologischen Anatomie der Lues congenita."*

Demonstration einer großen Anzahl von Organen kongenitalsyphilitischer Kinder mit typischen syphilitischen Veränderungen; ferner Demonstration einer großen Anzahl von Diapositiven mikroskopischer Schnittbilder von Organveränderungen bei Lues congenita. Als bisher noch nicht bei Lues congenita beobachtet zeigt Vortragender Bilder von Phagozytose von Lymphozyten durch Lakunenendothelien in Milz und Lymphdrüsen (10 bis 20 Lymphozyten in einem Endothelium eingeschlossen). Vortragender deutet die Bilder so, daß geschädigte Lymphozyten durch Endothelien phagozitiert werden in ähnlicher Weise wie bei perniziöser und verminogener Anämie geschädigte rote Blutkörperchen in der Milz von Endothelien phagozytiert werden). Die Befunde sind dieselben, wie Neresheimer sie in der Leber eines Mannes mit erworbener Lues beschrieben hat. (Naturforscherversammlung zu Münster, 1912.) Außerdem demonstrierte Vortragender ein Photogramm von vielkernigen (durch amitotische Kernvermehrung entstandenen) Lakunenendothelien in der Milz. Diese Befunde finden möglicherweise in der Annahme einer bei Lues congenita vermehrten Produktion mononukleärer farbloser Blutzellen durch Endothelien Histiozyten im Sinne Aschoffs eine Erklärung.

Im Anschlusse hieran demonstriert Hecker mikroskopische Präparate von fötaler Lues, u. a.:

1. Niere, das der Mazeration am längsten widerstehende, daher diagnostisch wichtige Organ, a) kleinzellige, perivaskuläre Infiltration der kleinen Rindengefäße; b) Entwicklungshemmung in der (neogenen) Zone der Glomeruli.

2. Leber, diffuse Infiltration, miliare Syphilome und Nekrosen; Epithelproliferationen.

3. Pankreas: diffuse interstitielle Entzündung in Abstufungen von einfachen Infiltrationen bis zum drüsenlosen Skirrhus.

4. Thymus: a) sogenannte Dubois'sche Abszesse; b) interstitielle Entzündung bis zur vorgeschrittenen Verödung der Acini.

5. Lunge: a) weiße Pneumonie; b) gemischte Pneumonie; c) Gummabildung.

6. Herz: zirkumskripte Myokarditis.

7. Nebenniere: Gummibildung.

8. Darm: zirkumskripte Infiltrate.

9. Knochen: Osteochondritis in verschiedenen Graden.

10. Nabelschnur: a) obturierende Endarteriitis und Phlebitis; b) Infiltration der Media der Arterien; c) leichte diffuse Infiltrationen der Sulze.

Zum Vergleiche werden neben den pathologischen Präparaten auch Bilder von normalen gleichaltrigen Föten gezeigt.

Diskussion: v. Pfaundler.

Schmincke (Schlußwort): Die Stenoseerscheinungen von seiten der Nase bei luetischen Kindern sind durch Sekretretention bedingt; der pathologisch-anatomische Befund bei Lues congenita in der Nase ist in der Regel der einer hochgradigen, atrophierenden, ulzerös-nekrotisierenden Rhinitis. Die Sattelnase ist Folge von destruktiven Prozessen im Bereich des knorpligen und knöchernen Nasengerüsts; die Platyrhinie bei Lues congenita ist Folge eines verminderten Wachstums der Schädelbasis infolge einer Osteochondritis luica im Bereiche der Knorpelfugen des os tribasilare und in Parallele zu bringen mit den Befunden bei Chondrodystrophia foetalis.

2. Aussprache über Klimatotherapie im Kindesalter, mit spezieller Berücksichtigung alpiner Kurorte und Sommerfrischen.

In einleitenden Worten bespricht Hecker zunächst die Notwendigkeit einer Aussprache über eine dem Kinderarzte so wichtige, leider allerdings sehr wenig ergründete Frage; sodann die beim Klimawechsel verfolgten Ziele, das Wesen der verschiedenen Klimas, speziell des Höhenklimas; desgleichen einzelner klimatischer Faktoren, der periodischen Winde, des Föhns, der Bodenbeschaffenheit. Er streift weiterhin die physiologische Wirkung des Windes, der Luftfeuchtigkeit, des Höhenklimas und erwähnt schließlich einige der hauptsächlichsten Indikationen und Kontraindikationen für die Klimatotherapie bei Kindern.

(Die Arbeit erscheint in der Zeitschr. f. Physikal. u. Diätet. Therapie.)

An der Aussprache beteiligen sich: v. Pfaundler, Ranke.

Reinach glaubt wiederholt beobachtet zu haben, daß Formen von Bronchitis mit starker Sekretion, z. B. bei exsudativen Kindern und nach Pertussis in Gegenden mit erfahrungsgemäß trockenem Klima — Ägypten, Meran im April und Mai mit 20 bis 30% mit Feuchtigkeit, Mittenwald (Oberbayern) usw. — günstiger beeinflußt werden, als an der Riviera oder Nordsee.

Anläßlich des Hinweises auf die Rollier'sche Anstalt in Leysin durch Herrn Rommel erwähnt er die ebenfalls der Heliotherapie chronischer Drüsenintumeszenzen und Knochenaffektionen dienende neueröffnete Klinik f. Heliotherapie in Rietzlern im Walserthal bei Oberstdorf im Allgäu.

Trumpp gibt Erklärungen für das häufige Mißlingen der Seekuren. Kinder, die vom Hochlande kommen, sollen in der ersten Zeit hinter den Dünen gehalten werden, bis sie sich einigermaßen akklimatisiert haben. Man sollte ihnen auch später nicht erlauben, daß sie den ganzen Tag am Strand und im Wasser watend zubringen. Die Kost ist gewöhnlich zu derb und eiweißreich.

Trumpp spricht weiter über den Einfluß der Psyche bei klimatischen Kuren. Unter den Adriabädern empfiehlt Trumpp besonders Parenzo.

Spiegelberg möchte eine kurze Bemerkung machen, zu welcher ihn die Mitteilungen von Herrn Ranke veranlassen. Bei allen Klimaeinwirkungen erscheint ihm die Gegensätzlichkeit der Klimaten von wesentlicher Bedeutung. Dafür geben ein Beispiel die Kinder mit inneren Drüsenerkrankungen, leichte Prophylaktiker, wie sie ihm häufig zugehen, obwohl der Ort Zell a priori gar nicht dafür vorbestimmt erscheint; der Durchschnitt dieser Kinder erfährt denn auch, so gut es ihnen sonst geht, keinen besonderen Erfolg; unzweideutig aber sind die Erfolge bei einer größern Zahl von aus dem Osten, Polen, Rußland zugegangenen Kindern gewesen; diese kommen aus ungünstigen Verhältnissen und meist aus Niederungen. Ferner nicht schlechte Ergebnisse zeigten sowohl in katarrhalischen wie anderen Erkrankungen Kinder aus den Rhein- und Mainniederungen, wenn sie in den dort so ungünstigen Frühjahrsmonaten kamen. Über die Bedeutung der Winterkuren hat Spiegelberg in seinem letzten Vortrage gesprochen.

Die gute Beurteilung der Kurorte Brioni und Sistiana, auch im Gegensatze zu Grado u. a., kann Spiegelberg durch die Erfahrungen zweier Familien bestätigen.

Für Montag, 20. Oktober, 1913

hatte Herr Reinach zu zwei Demonstrationen in das Prinzessin-Arnulfhaus eingeladen:

1. Fall von echter Rumination bei einem Säugling.
2. Bettchen zur Pflege von Frühgeburten.

Albert Uffenheimer, München.

Gesellschaft für Innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien (Pädiatrische Sektion).

Berichterstatter: **Schick** (Wien).

Sitzung vom 29. Mai 1913.

Ernst Mayerhofer und **E. Rach.** „*Ein Fall von Pylorospasmus im Säuglingsalter.*“

Beginn der Symptome in der 2. Lebenswoche. Therapeutisch hatten Magenspülungen guten Erfolg. Rach bespricht den Röntgen-Befund, der tiefe Peristaltik und Verzögerung des Übertrittes der Nahrung in das Duodenum ergibt.

Edmund Nobel. „*Ein Fall von intestinalem Infantilismus.*“ (Herter.)

5½ Jahre alter Knabe, 75 cm lang (gegen 108 cm normal). Kopfumfang 44 cm, Brustumfang 49 cm. Körpergewicht bei der Aufnahme 7900 g, jetzt 6100 g. Erbrechen fast jeder Nahrung.

v. Pirquet. *„Fünfjähriges Mädchen mit atypischem Rubeolenexanthem und Varizellen."*

Rasche Verbreitung des Exanthems über den ganzen Körper, keine Prodrome. Temperatur 40·1. Ausschlag sehr intensiv, zuerst masern- später scharlachartig. Die Röteln ließen am 1. Tage die Peripherie der Varizellen in einem Radius von zirka 1 cm frei, um sich erst nachher undeutlich über diese ausgesparten Stellen auszubreiten.

In der Diskussion wird von Friedjung und Zappert berichtet, daß in der diesjährigen Masernepidemie Koplik'sche Flecken häufig gefehlt haben.

B. Sperk und **A. F. Hecht.** *„Ein Fall von Adams-Stokes'schem Symptomenkomplex im Kindesalter."*

Der 4jährige Knabe wurde im Vorjahre mit Bradykardie nach Diphtherie demonstriert. Elektrokardiographisch ergab sich partielle Reizleitungsstörung. Seit 2 Monaten Anfälle von Bewußtlosigkeit, stockende Atmung und Bradykardie bis zu 40 Schlägen. Elektrokardiographisch ergab sich kompletter Herzblock. Außerdem wurde festgestellt, daß mehr als die Hälfte aller Kammerkontraktionen extrasystolischer Natur waren. Therapeutisch hatte Atropin vorübergehenden Erfolg. Physostigminum salicylicum (20 Tropfen einer einpromilligen Lösung) durch einige Tage des Morgens verabreicht, brachte die Extrasystolen und die Ventrikelstillstände und damit auch die Anfälle zum Schwinden. Es kam wieder zum Halbrhythmus.

Donath bespricht in der Diskussion ausführlich die sphygmographischen Kurven.

Sitzung vom 26. Juni 1913.

Max Zarfl. *„Ein Fall von Pemphigus benignus congenitus."*

Geburt normal, rasch beendet, 1½ Stunden nach dem Blasensprung. Das Kind kam mit dem Ausschlage zur Welt. Wassermann negativ. Allgemeinbefinden gut. Zarfl bespricht die Frage der Ätiologie.

Diskussion: Hochsinger meint, daß solche Fälle nur so erklärt werden können, daß eine Verletzung der Fruchtblase und Infektion des Fruchtwassers mehrere Tage vor der Geburt eingetreten ist; es dürfte ein partieller Abgang von Fruchtwasser stattgefunden haben. Das, was als Blasensprung imponierte, war nicht der erste Abgang von Fruchtwasser. Auf hämatogenem Wege ist in diesen gutartigen Fällen die Infektion nicht zustande gekommen, denn das Kind müßte pyämisch sein. Leiner sah ein Kind, das mit Blasen an den Zehen und in der Malleolargegend zur Welt gekommen war. Hier handelte es sich um einen Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria Köbner.

Max Zarfl. *„Leichenbefund bei einem Falle von Hirschsprung'scher Krankheit."*

Patient starb am Ende des 15. Monates. Anatomisch ergaben sich 2 scharfe Abknickungen im Dickdarm, einmal an der Flexura lienalis, das zweitemal 10 cm weiter analwärts. Das zwischen den Abknickungen gelegene Stück der Flexura sigmoidea war beträchtlich erweitert und in ihm lag ein gänseeigroßer Kotstein, 64½ g schwer.

Diskussion: Spitzy weist auf den Zusammenhang zwischen Abknickungen des Darmes und den angeborenen Strikturen hin. Einen diesbezüglich verwertbaren Fall erwähnt Spieler. Lederer und Mayerhofer weisen auf die Möglichkeit von der neurogenen Entstehung mancher Fälle von Hirschsprung'scher Krankheit hin.

Norbert Swoboda. *„Ein geheilter Fall von Knochenzyste."*

12 Jahre altes Mädchen klagte vor 2½ Jahren über unangenehme Schmerzen im Humerus, und zwar besonders beim Geigenspielen. Röntgenuntersuchung klärte den Fall auf. Operation (gutartiges myelogenes Riesenzellsarkom), Heilung.

Norbert Swoboda. *„Chondrodystrophisches Kind einer chondrodystrophischen Zwergin."*

Mutter 20 Jahre alt, der Sohn 4 Monate. Das Kind wog bei der Geburt 3850 g, war 48 cm lang. Die Diagnose wurde schon bei der Geburt gestellt.

E. Rossiwall. *„Ein Fall von Vakzineübertragung auf die Analgegend."*

6 Jahre alter Knabe, vor 15 Tagen geimpft. Seit einer Woche Schmerzen in der Analgegend, wo sich um die Analöffnung herum zahlreiche Impfpusteln vorfinden. Es ist dies der dritte Fall von sekundärer Vakzine ad anum, der von Rossiwall innerhalb eines Jahres beobachtet wurde. Bei allen Fällen waren Oxyuren nachweisbar.

Diskussion: v. Pirquet bemerkt, daß aus der Größe der Impfpusteln zu schließen ist, daß die sekundäre Vakzine am Impftage selbst noch durch Kratzen entstanden sein muß. Pirquet empfiehlt, daß nach Abtrocknen des Impfstoffes das Hemd angezogen werden soll. Abends soll man die Impfstellen gut abwaschen.

Egon Rach. *„Umfangreicher Lungenherd mit eigentümlichem körnigen Kalkgerüst."* (Röntgenbild.)

Im rechten Unterlappen sieht man einen pflaumengroßen Herd mit scharfer Begrenzung, rundlicher Gestalt, gelappter Oberfläche und eigenartigem, gleichmäßig großem Kalkgerüst. (Tuberkuloser Herd? Verkalktes Chondrom?) Pirquet positiv.

Diskussion: Swoboda denkt an die Möglichkeit eines vom Mediastinum ausgehenden Teratoms.

Inhalt.

Leiner. *Sammelreferat 865.* — **Wachenheim.** *Amerikanische Literatur über Poliomyelitis 876.* — **Physiologie und allgemeine Pathologie. Hill.** *Blutdruck 877.* — **Weinert.** *Rektale Temperatursteigerungen 878.* — **Kanngießer.** *Blutsverwandtschaft 878.* — **Allgemeine Diagnostik. Cantley.** *Diagnose der Abdominalerkrankungen 878.* — **Reich.** *Gelbfärbung der Zerebrospinalflüssigkeit 878.* — **Pharmakologie und Toxikologie.** Schabad und **Sorochowitsch.** *Lebertranwirkung bei Rachitis 879.* — **Leibecke.** *Sekretion des Urotropins 879.* — **Swift** und **Ellis.** *Salvarsanbehandlung 879.* — **Bakteriologie. Voelckel.** *Diphtheriebazillen 880.* — **Poleff. Shiga. Imai** und **Eguchi.** *Bordet-Gengouscher Bazillus 880.* — **Serologie und Immunitätslehre. Major** und **Nobel.** *Empfindlichkeit der Haut 880.* — **Listowskaja.** *Anaphylaxie 881.* — **Kleinschmidt.** *Milchanaphylaxie 881.* — **Kleinschmidt.** *Ernährung und Antikörperbildung 882.* — **Gózony.** *Mütterliches und fötales Blutserum 882.* — **Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Haskell.** *Wert der verschiedenen Zuckerarten*

883. — **Steinitz** und **Weigert.** *Molkensuppe 883.* — **Veras.** *Malznahrung 884.* — **Truitzky.** *Magendarmstörungen 885.* — **Cameron.** *Sommerdiarrhöe 885.* — **Mercer.** *Rezidivierendes Erbrechen 885.* — **Clock.** *Bac. bulgaricus bei Diarrhöe 885.* — **Milchwissenschaft. Willheim.** *Chemie des Kaseins 886.* — **Stoffwechsel. Abderhalden** und **Fodor.** *Abwehrfermente 887.* — **Peiser.** *Urobilinogenurie 887.* — **Frew** und **Garrol.** *Glykosurie bei tuberkulöser Meningitis 888.* — **Hess.** *Kaseingerinnsel im Stuhl 888.* — **Fötus und Embryo. Wolff.** *Herkunft des Amnioswassers 888.* — **Neugeborene. Lövegren.** *Melaena neonatorum 889.* — **Adair.** *Nabelstumpf 890.* — **Diathesen. Hichens.** *Ekzem 890.* — **Bierring. Goodrich** und **Glomset.** *Stat. thymolymphaticus 890.* — **Mc Callum.** *Übererregbarkeit bei Tetanie 890.* — **Lust. Bernheim-Karrer. Meyer.** *Spasmophilie 891.* — **Infektionskrankheiten. Brückner. Kirsch.** *892.* **Kretschmer.** *Scharlach 893.* — **Lutz.** *893.* **Fischl. Craster.** *Masern 894.* — **Michalowitsch.** *Masernähnliche Exantheme 894.* — **Mallory.** *894.* **Brettschneider. Pauli.** *Keuchhusten 895.* — **Dynkin. Kleinschmidt.** *895.* **Beyer. Tylecote. Rolleston.** *896.* **Wright. Strauch. Wood. Cargin. Lescohier.** *897.* **Kodama** und **Krasnogorski.** *Diphtherie 898.* — **Bruno. Flexner** und **Noguchi.** *898.* — **Flexner** und **Noguchi. Francis-Fraser.** *899.* — **Macintosh** und **Turnbull. Kling** und **Levaditi. Deussen.** *Poliomyelitis 900.* — **Perfiljeff.** *Zerebrospinalmeningitis 900.* — **Saremba-kaja.** *Streptokokkensepsis 900.* — **Burchard.** *Mumps 900.* — **Wolff.** *Tetanus 901.* — **Besboka.** *Flecktyphus 901.* — **Sugoi** und **Monoba.** *Lepra 901.* — **Tuberkulose. Conradi. Wachenheim.** *Pirquetsche Reaktion 902.* — **Jopson.** *Tuberkulöse Adenitis 902.* — **Müller.** *Knochen- und Gelenktuberkulose 902.* — **Reichmann** und **Rauch.** *Meningitis tuberculosa 902.* — **Wronker.** *Tuberkulid 902.* — **Hartmann.** *Tuberkulinbehandlung 902.* — **Ager.** *Vakzinebehandlung 902.* — **Alkan.** *Heliotherapie 903.* — **Glaessner.** *Sonnen- und Luftbehandlung 903.* — **Rey.** *Medikamentlöse Behandlung 903.* — **Ager.** *Behandlung mit Mischbakterien 903.* — **Syphilis. Findley** und **Watson.** *Mundekzem 904.* — **Sauvage** und **Géry.** *Gummen 904.* — **Zirkulationsapparat. Dunn.** *Prognose der Herzkrankheiten 904.* — **Weber.** *Mitraler Zwergwuchs 904.* — **Bertlich.** *Thrombose des Sinus cavernosus 905.* — **Respirationsorgane. Williams.** *Lungenkrankheiten 905.* — **Ostrowski.** *Signe du sou 905.* — **Kellock.** *Pneumonotomie wegen Fremdkörper 905.* — **Arneth.** *Behandlung der Bronchitis 905.* — **Blut- und blutbildende Organe. Piwowaroff.** *Maligne Anämie 906.* — **Tveadgold.** *Myeloide Leukämie 906.* — **Whitelocke.** *Oxyuren 906.* **Nobécourt** und **Tixier.** *Hämophilie und Purpura 907.* — **Lymphatischer Apparat. Jordan.** *Adenoide Vegetationen 907.* — **Goerke. Scheiber.** *Tonsillektomie 907.* — **Innere Sekretion. Weber.** *Infantilismus 907.* — **Keith.** *Progerie und Infantilismus 908.* — **Zuckermann.** *Hypophyse bei Schilddrüsenaplasie 908.* — **Tschebotarewskaja.** *Zirbeldrüsenlumoren 908.* — **Williams.** *Störungen der Zirbeldrüse 908.* — **Dieterle, Hirschfeld** und **Klinger.** *Endemischer Kropf 909.* —

Langmead. *Addisonsche Krankheit 909.* — **Fulci.** *Thymus 909.* — **Abramowski. Perez-Montaut.** *Thymustod 910.* — **Verdauungstraktus. Snow** und **Clinton.** *Darminvagination 910.* — **Schneider.** *Rezidivierende Darminvagination 910.* — **Blackader.** *Blinddarmzyste 911.* — **Hueck.** *Helminthen in der Appendix 911.* — **Mc Donald.** *Duodenalverschluß 911.* — **Talbot.** *Darmsand 911.* — **Leber und Gallenwege. Chermitte.** *Wilsonsche Krankheit 912.* — **Elperin.** *Angeborener Defekt des Ductus choledochus 912.* — **Pankreas. Porter.** *Insuffizienz des Pankreas 912.* — **Milz. Gilerowitsch.** *Blutveränderungen nach Milchexstirpation 913.* — **Urogenitalsystem. Wilson. Marsh.** *Coliinfektion der Harnwege 913.* — **Freeman.** *Pyelitis 914.* — **Fairise.** *Pyelonephritis 914.* — **Neurologie und Psychiatrie. Anton.** *Entwicklungsstörungen des Gehirns 914.* — **Rae.** *Hydrozephalus 915.* — **Goroschoff.** *Myelocele cervicalis 916.* — **Bade.** *Spondylitische Lähmungen 916.* — **Clark.** *Diplegie 916.* — **Reiner.** *Myatonia congenita 916.* — **Jones.** *Epilepsie 916.* — **Burr.** *Neurosen 917.* — **Psychologie und Psychopathologie.** — **Cimbal.** *Beurteilung von Kindern 917.* — **Stoffwechselkrankheiten. David.** *Calcinosis 918.* — **Ingier.** *Barlowsche Krankheit 918.* — **Wachstumskrankheiten. Kusskoff.** *Angeborene Rachitis 918.* — **Lapteff.** *Achondroplasie 920.* — **Haut. Snow.** *Purpura 920.* — **Schultz.** *Hautreaktion auf chemische Reize 920.* — **Auge. Gastpar. Allan.** *Augenuntersuchungen an Schulkindern 921.* — **Nase. Goeppert.** *Rhinitis posterior 921.* — **Chirurgie. Fitzwilliams** und **Vincent.** *Gangrän 922.* — **v. Bókay.** *Intubation 922.* — **Nussbaum.** *Reposition von Hernien 922.* — **Whitelocke.** *Eingeklammerte Inguinalhernie 922.* — **Simpson. Owen.** *Appendizitis 923.* — **Hertz.** *Bastedoszeichen 923.* — **d'Arcis.** *Rektumpolypen 923.* — **Orthopädie. Schanz.** *Skoliose 924.* — **Brückner.** *Skaphoide Form des Schulterblattes 924.* — **Greig.** *Angeborener Schiefhals 924.* — **Bibergeil.** *Spina bifida 925.* — **Schultze.** *Klumpfuß 925.* — **Hygiene und soziale Medizin. Reinach.** *Säuglingsfürsorge 927.* — **Stein** und **Brüning.** *Säuglingssterblichkeit in Mecklenburg-Strelitz 927.* — **Schule. Michalowitsch.** *Krankheiten des Schulalters 928.* — **Naville.** *Sonderschulen für abnorme Kinder 928.* — **Berichte. Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde** *929.* — **Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien** *938.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin, W. 50, Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny	Göppert	Knöpfelmacher	Moro	Thiemich	Tobler
Berlin	Göttingen	Wien	Heidelberg	Leipzig	Breslau

Berend	Comba	Johannessen	Koplik	Marfan	Thomson	Wieland
Budapest	Florenz	Kristiania	New-York	Paris	Edinburg	Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis der Abteilung „Referate" (ca. 50 Bogen) Mk. 24.—.
Preis der Abteilung „Originalien" (ca. 35—40 Bogen) Mk. 20.—.
Jede Abteilung erscheint monatlich einmal.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XII. **Referate.** Nr. 12.

Serologie.

Leonid Axenow. *683 Fälle von Serumkrankheit.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVIII, S. 565—588.)

Über den Wert der Serumbehandlung des Scharlachs gehen die Ansichten noch weit auseinander. Nach den hier mitgeteilten Beobachtungen über Serumkrankheit, die sämtlich an scharlachkranken Kindern gewonnen wurden, läßt sich jedenfalls nicht mehr bestreiten, daß die Serumbehandlung schwere Schädigungen auslösen kann. Die ungünstigen Wirkungen treten um so leichter ein, je höher die injizierte Serummenge im Verhältnis zum Körpergewicht ist. Bestimmte Serumarten lösten leichter als andere Krankheitserscheinungen aus. Anderseits zeigten sich auch Unterschiede in der individuellen Empfänglichkeit der Kinder. Die Erscheinungen der Serumkrankheit traten in der Mehrzahl aller Fälle am 7. bis 10. Tage nach der Injektion auf; in 9·3% der Fälle wurden die ersten Erscheinungen erst am 12. bis 17. Tage beobachtet. Als Beginn der Serumkrankheit wurde das Auftreten des Serumexanthems angesehen, als Ende das Verschwinden aller Komplikationen und der Drüsenschwellung. So ergab sich für annähernd die Hälfte der Fälle eine Dauer bis zu 5 Tagen und etwa ebensooft eine Dauer von 2 bis 2½ Wochen. In einer ganzen Anzahl von Fällen war der Verlauf der Serumkrankheit durch eine Zwischenzeit von 8 bis 11 Tagen unterbrochen, wobei die 2. Krankheitsperiode immer bedeutend schwerer verlief als die erste. In 21 Fällen war nach Ansicht des Verf. der tödliche Ausgang allein der Serumkrankheit zur Last zu legen, was einer Mortalität von 3% entspricht; in weiteren 37 Fällen bestanden Scharlachkomplikationen, die sich anscheinend unter Einwirkung der Serumkrankheit auffallend verschlimmerten. Wenn

man diese Fälle zurechnet, würde die Mortalität auf 8·5% steigen. Dazu kamen 4 Fälle mit Hämolyse, die Verf. der Qualität des Serums zur Last legt und 7 Fälle von Gangrän, die er auf die Technik der Einspritzung zurückführt.

Der Anstieg der Temperatur wurde fast stets gleichzeitig mit dem Exanthem beobachtet. Das Fieber hielt sich meist in mäßigen Grenzen, nur die Fälle mit Erythema gyratum und haemorrhagicum mit Arthritis waren von höheren Temperaturen begleitet. Nach der Häufigkeit des Auftretens ergab sich folgende Reihenfolge der Symptome: Erytheme verschiedener Art, Urtikaria, Gelenkaffektionen, Ödeme, Albuminurie. Die Fälle, in denen das Exanthem in Form eines Erythema gyratum, haemorrhag. oder bullosum auftrat, nahmen meist einen ungünstigen Ausgang. Gelenkaffektionen wurden in $^1/_4$ aller Fälle beobachtet. Sie begannen immer in Form von Gelenkschmerzen, auf die zuweilen eine eitrige Arthritis folgte. Bei nicht mit Serum behandelten Scharlachfällen kam nur etwa in 3% der Fälle Beteiligung der Gelenke vor. Wenn also wohl ein Teil der Fälle von Gelenkerkrankung bei den serumbehandelten Kindern dem Scharlach zur Last zu legen ist, so ist doch die überwiegende Mehrzahl offenbar auf das Serum zurückzuführen. Bemerkenswerterweise überwiegen bei der Serumkrankheit die eitrigen Gelenkerkrankungen, die beim Scharlach sonst verhältnismäßig selten sind. Die Gelenkerkrankungen des Scharlachs bevorzugen die oberen Extremitäten und besonders die Handwurzelgelenke, bei den Serumkranken waren die unteren Extremitäten überwiegend beteiligt.

Die prophylaktische Darreichung von Kalziumchlorid bewährte sich ebensowenig wie die Injektion von 1 cm³ Serum 6 Stunden vor der eigentlichen Injektion. H. Vogt.

Felix v. Szontagh. *Sensibilisationserscheinungen und Überempfindlichkeitsreaktionen.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVIII, S. 497—530.)

Nicht erst der Scharlach, schon die Angina ist nach Ansicht des Verf. eine Überempfindlichkeitsreaktion. Der „Sensibilisator" entsteht vermutlich enterogen oder im intermediären Stoffwechsel. Beim Scharlach ist die Sensibilisierung eine intensivere als bei der Angina und erstreckt sich nicht bloß auf die Tonsillen, sondern auf den ganzen Rachen, den weichen Gaumen, die Zunge, eventuell auf das Zahnfleisch; dann auf die Bindehaut, das Naseninnere, die Oberhaut und die Nieren. Zur Entstehung der Scharlacherkrankung wirken zusammen 1. der oder die Sensibilisatoren, 2. diejenigen Bakterien, die die Angina erregen, 3. diejenigen Toxine, welche bei der Bakteriolyse frei werden, 4. eine aktivierende Komponente.

Über die Natur des alimentären Sensibilisators läßt sich vorläufig nichts vermuten; auch die Jahreskurve der Scharlachmorbidität und die geographische Verbreitung des Scharlachs liefern keine verwertbaren Anhaltspunkte. Die Krankheitserscheinungen beim Scharlach entstehen durch die vereinte Wirksamkeit von Sensibilisatoren und Bakterientoxinen. Als aktivierende Komponente kommen Erkältung, Verletzungen, Ermüdung u. a. in Betracht.

Verf. weist den Überempfindlichkeitsreaktionen auch für andere Krankheitsformen, besonders die Epityphlitis und den Abdominaltyphus, große Bedeutung zu. Er schließt seine Ausführungen mit dem Satz: „Eines aber ist unbedingt sicher, nämlich daß man ruhigen Gewissens die Skarlatina aus der Reihe der kontagiösen Krankheiten streichen kann." Über die Kontagiosität stellt Verf. weitere Ausführungen in Aussicht. H. Vogt.

Ernährung.

M. Schwyzer. *Erfahrungen mit der Finkelsteinschen Eiweißmilch im Baseler Kinderspital.* (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1913, Nr. 36.)

Die Erfahrungen am Baseler Kinderspital bestätigen die bekannte Tatsache, daß die Eiweißmilch in der raschen und sicheren Bekämpfung der durch saure Gärungen bedingten Diarrhöe allen bisher bekannten Nährgemischen als Heilnahrung überlegen ist. Die durch infektiöse Reizzustände der Darmschleimhaut bedingten abnormen Entleerungen werden durch Eiweißmilch nicht direkt gebessert. Bei der Behandlung der alimentären Intoxikation ist sie der Frauenmilch überlegen.

Die Technik ist die bekannte. Es wird möglichst rascher Zusatz von schwervergärenden Kohlehydraten bis zu 8% empfohlen. Die Kinder sollen bald auf die gewöhnlichen Nahrungsgemische umgesetzt werden. In Anwendung kam die Eiweißmilchkonserve der Milchwerke Böhlen in Sachsen. E. Burckhardt (Basel).

Martin Calvary. *Die Bedeutung des Zuckers in der Säuglingsnahrung.* (Erg. d. inn. Med. u. Kinderheilk., Bd. X, 1913.)

Die Arbeit stellt das vorliegende Tatsachenmaterial — ohne selbst neues beizutragen — zusammen und erörtert nacheinander die einschlägigen physiologischen Fragen — Zuckerverdauung, Zuckerwirkung im Darm, Zuckerminimum und -maximum, Vergleich der einzelnen Zucker in ihrer Beeinflussung der Verdauungsvorgänge und des Ansatzes —, sowie die klinisch-pathologischen Gesichtspunkte — Schädigung durch Zucker, Bedeutung des Zuckers in der Ernährungstherapie. W. Freund (Breslau).

Janet E. Crane-Claypon. *Über den Wert der gekochten Milch als Nahrung für Säuglinge und junge Tiere.* (Bericht an „The Local Governement Board", übersetzt von Dr. F. Grote in Valmont sur Montreux.) (Erg. d. inn. Med. u. Kinderheilk., Bd. X, 1913.)

Die Verf. präzisiert das Problem in die 2 Hauptabteilungen:

1. Der vergleichende Nährwert roher oder gekochter Milch der gleichen Spezies.

2. Der vergleichende Nährwert roher oder gekochter Milch einer fremden Spezies.

Soweit die Frage die Tierphysiologie betrifft, so wird das vorliegende experimentelle Material zusammengestellt; um das Problem von der klinischen Seite zu lösen, bedurfte es eines großen Kindermaterials, als welches Verf. das der von Ballin geleiteten Säuglingsfürsorgestelle in Berlin zur Verfügung stand.

Die wesentlichsten Ergebnisse der Tierversuche sind:

Es liegt kein Anhaltspunkt vor anzunehmen, daß die gekochte Kuhmilch als Nahrung für junge Kälber, wenigstens nach den ersten 2 Lebenstagen, der rohen an Wert bedeutend nachstehe. Junge Tiere scheinen bei der Milch einer fremden Spezies besser zu gedeihen, wenn sie gekocht verabreicht wird, sämtliche mit der Milch einer fremden Spezies, ob gekocht oder roh verabreicht, ernährten standen den brusternährten Tieren in ihrer Entwicklung nach.

Was den menschlichen Säugling betrifft, so ergibt zunächst die Übersicht des zur Frage 1 (siehe oben) vorliegenden Materials, daß die verwertbaren Angaben einen bestimmten Schluß nicht erlauben; Verf. ist aber anscheinend geneigt, auf Grund eines größeren, von Thiemich herrührenden — noch unveröffentlichten — Materials mit letzterem einen Einfluß des Kochens auf die klinische Wirkung der Frauenmilch in Abrede zu stellen. In bezug auf den Nährwert der rohen und gekochten Tiermilch für den menschlichen Säugling gehen vollends die Erfahrungen der Autoren weit auseinander.

Und nun harrt des Lesers eine kleine Enttäuschung; denn er erwartet mit Spannung ein Riesenmaterial von vergleichenden Beobachtungen an mit roher und gekochter Kuhmilch ernährten Säuglingen und damit die endgültige Entscheidung der Frage. Statt dessen folgt aber lediglich die Gegenüberstellung einer Anzahl künstlich — in üblicher Weise mit gekochter Kuhmilch — ernährter Kinder mit einem Material von Brustkindern. Da sich nun ergibt, daß die Körpergewichtsverhältnisse der ersteren denen der letzteren nur unbedeutend nachstehen, so argumentiert die Verf., daß man von dem Gebrauch roher Milch kaum bessere Resultate erwarten kann, und hält damit die gestellte Frage für gelöst.

Hat man sich von der Verblüffung erholt, so bedauert man etwas die viele Mühe und Zeit, die Verf. für die Sichtung des Fürsorgestellenmaterials aufgewendet hat. Daß künstlich ernährte Kinder, wenn sie gesund bleiben, sich ganz ebensogut entwickeln können, wie Brustkinder, dafür ist der klinische Beweis dem statistischen weit überlegen; zudem ist er allein ausreichend, allein wirklich entscheidend und schließlich bereits erbracht.

W. Freund (Breslau).

Stoffwechsel.

Heinrich Giffhorn. *Beiträge zur Kenntnis des Stoffwechsels, besonders der Mineralien, im Säuglingsalter. III. Der Einfluß von Fettzulagen auf den Stoffwechsel verdauungsgesunder Kinder bei molkenarmer und molkenreicher Ernährung.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVIII, S. 531—564.)

Der Einfluß der Fettzulage zur Nahrung, die ohne Fett etwa 70 Kalorien auf das Kilogramm Körpergewicht lieferte, machte sich geltend in vermehrtem Stickstoffansatz: Gleichzeitig nahm auch die Retention von Phosphor und in den meisten Versuchen auch die der Magnesia zu. Der Kalkstoffwechsel zeigte etwas wechselndes Verhalten, was damit zusammenhängen mag, daß die Versuchskinder zum Teil rachitische Erscheinungen darboten. Eine Besserung des Mineralansatzes bei molkenreicher Nahrung im Vergleich zu molkenarmer war nicht zu beobachten. H. Vogt.

Infektionskrankheiten.

E. Hagenbach-Burckhardt (Basel). *Ununterbrochene Spitalserfahrungen über Typhus abdominalis in den Jahren 1865—1911.* (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1913, Nr. 16.)

Die Erfahrungen, die Verf. an der Liebermeisterschen Klinik bei den großen Typhusepidemien in den Jahren 1865 bis 1868 und nachher während seiner mehr als 40jährigen Tätigkeit am Basler Kinderspital gesammelt hat, machen ihn zum überzeugten Anhänger der Bäderbehandlung, kombiniert mit medikamentöser Antipyrese.

Im Gegensatz zu Fischl, Unger u. a. betont Verf. die günstige Einwirkung der kalten Bäder auf Temperatur, Zirkulation, Respiration und Nervensystem und infolge davon auf den Verlauf der Krankheit und beweist den Erfolg seiner Therapie auf statistischem Wege.

Auf der Liebermeisterschen Klinik sank die Letalität mit der Durchführung einer konsequenten Kaltwasserbehandlung von 18% auf 6·3%.

Im Kinderspital war die Letalität:

1869—1884	6·4%
1885—1910	1·9%

und von 40 in den Jahren 1898 bis 1910 behandelten Fällen ist keiner gestorben. „Solche Resultate geben gewiß keinen Anlaß, von der üblichen Behandlung irgendwie abzuweichen, trotz allen Einwendungen und allen theoretischen Erörterungen."

Das Verfahren wurde vom Verf. schon 1890 in der Festschrift für Henoch (Baginsky, Pädiatrische Arbeiten, Berlin 1890) genau beschrieben.

Es soll individualisiert werden, besonders bei dem entschieden milderen Verlauf des Kindertyphus. In leichteren Fällen kommen keine oder nur einzelne Bäder, in schweren Fällen tägliche Bäder von 24° R, abgekühlt auf 20° R zur Anwendung, und zwar von Anfang an, ohne den Status typhosus abzuwarten. Bei der medikamentösen Antipyrese (Antipyrin, Antifebrin, Phenazetin, Pyramidon) spricht Verf. einer einmaligen größeren Dosis das Wort gegenüber der fortlaufenden Darreichung kleinerer Dosen über den ganzen Tag.

E. Burckhardt (Basel).

P. Wolfer. *Eine Basler Scharlachstatistik.* (A. d. med. Klinik Basel.) (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1913, Nr. 17.)

Verf. gibt eine Zusammenstellung der im Verlauf eines Jahres an der med. Klinik in Basel beobachteten Scharlachfälle und vergleicht sie mit der Statistik von Eigon vom Jahre 1907 bis 1909, ebenfalls aus der gleichen Klinik (Jahrb. f. Kinderheilk., 1910, Bd. 72, S. 676), und zwar in bezug auf Komplikationen, Nachkrankheiten und interkurrente Krankheiten. Die 250 Fälle geben eine Mortalität von 1·2%; es wurde eine starke Schwankung der Malignität festgestellt (periodische Schwankungen). Ferner kamen 5 Returncases vor trotz einer Isolierung von 8 Wochen.

Verf. bespricht dann an Hand der neuesten Literatur die modernen therapeutischen Bestrebungen (Rekonvaleszentenserum, Mosersches und russisches Serum, polyvalentes Streptokokkenserum, Salvarsaninjektionen, Eukalyptusöl, Streptokokkenvakzine) und ihre Erfolge und glaubt auf Grund seiner Statistik zeigen zu können, daß im Vergleich damit die Erfolge bei symptomatischer Therapie keine schlechten zu nennen sind, wobei er allerdings selbst auf den nur bedingten Wert des Vergleiches wegen des großen Wechsels der Malignität sowohl in zeitlicher als örtlicher Beziehung hinweist.

E. Burckhardt (Basel).

R. Klinger. *Epidemiologisches über Diphtherie.* (A. d. hyg. Institut d. Univ. Zürich.) (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1913, Nr. 21.)

Die Diphtherie nimmt hinsichtlich ihrer Mortalität unter den akuten Infektionskrankheiten des Kindesalters immer noch die erste Stelle ein, trotz Serum und gutartigem Charakter der Epidemien. Das Serum vermag nicht alles, da ein großer Teil der Diphtheritodesfälle nicht auf das Konto des Diphtherieerregers, sondern sekundärer Mikroorganismen zu setzen ist. Die Epidemien können wieder maligner werden. (Berlin, Hamburg.)

Verf. tritt darum für eine intensivere, planmäßige Prophylaxe ein und stellt auf Grund seiner zahlreichen Untersuchungen und Erfahrungen über Vorkommen, Verbreitung und Virulenz der

Bazillen bei den verschiedensten Schul-, Anstalten- und Familienepidemien in Zürich unter anderem folgende Forderungen auf:

1. Ausgedehnte und wiederholte bakteriologische Untersuchung, sowohl der typischen wie der verdächtigen Fälle (Anginen, Koryza).

2. Untersuchung der Umgebung des Kranken (Familien-, Schul-, Anstaltenuntersuchungen; Bazillenträger bis zu 50% bei engem Zusammensein).

3. Rekonvaleszentenuntersuchungen (Diphtheriebazillen bleiben 2 bis 4 Wochen von Krankheitbeginn an vollvirulent im Rachen, manchmal auch in der Nase).

4. Bloße Isolierung des Kranken und Desinfektion des Zimmers nutzt nichts; es müssen auch die mit virulenten Bazillen behafteten Bazillenträger abgesondert werden.

Prüfung auf Virulenz (durch Tierversuch) nur bei länger dauernden Fällen in der Rekonvaleszenz und bei Bazillenträgern, damit bei negativem Resultat die nötige Isolierung aufgehoben werden kann.

Zur Erleichterung dieser Maßnahmen wäre neben den bestehenden Diphtherieabteilungen in den Städten die Schaffung besonderer Anstalten für Bazillenträger, womöglich auf dem Lande, zu erstreben.

Um die Dauer des positiven Bazillenbefundes zu verkürzen, empfiehlt Verf. das Einblasen von Bolus alba, vermischt mit etwas Borsäure, in Rachen und Nase. Dabei wird nicht eine Desinfektion, sondern eine Änderung im Säftestrom und im physikalischen Zustande der Schleimhaut angestrebt, wodurch andere Bakterien gegenüber dem Diphtheriebazillus begünstigt werden.

E. Burckhardt (Basel).

H. Kleinschmidt. *Der Diphtherie-Antitoxingehalt des menschlichen Blutserums, seine Entstehung und seine Bewertung.* (Jahrb. f. Kinderheilk., LXXVIII, S. 442—458.)

Bei Säuglingen, die nicht an Diphtherie gelitten haben, findet sich nur ausnahmsweise Diphtherieantitoxin im Blute und auch nur in geringen Mengen. Unter 16 Säuglingen, die Diphtheriebazillen beherbergten, waren 10 mit antitoxinhaltigem Blut. Der Antitoxingehalt war bei diesen wesentlich höher, bis zu fast 2·5 A.-E. im Kubikzentimeter Serum, als bei den Kindern, die keine Bazillen beherbergten. Bei einzelnen Bazillenträgern zeigte sich, daß der Antitoxingehalt des Blutes im Laufe der Beobachtung zunahm. Sehr bemerkenswert ist die Beobachtung, daß einige Säuglinge mit Diphtheriebazillen behaftet waren und nicht an Diphtherie erkrankten, obwohl sie kein Antitoxin bildeten.

H. Vogt.

W. Wernstedt. *Barnförlamningsepidemien in Sverige år 1911.* (Die Poliomyelitisepidemie in Schweden im Jahre 1911.) (Kungl. Medicinalstyrelsens Berättelse 1911, Bilaga 1.) (Ber. d. kgl. Med.-Verwaltung über das Jahr 1911, Beilage 1.)

Schweden wurde im Jahre 1911 zum zweiten Male von einer großen Poliomyelitisepidemie durchseucht, die noch schwerer verlief

als die erste im Jahre 1905. Im ganzen wurden 3897 Fälle gemeldet (1929 dem männlichen, 1681 dem weiblichen Geschlecht gehörig). Über 272 Fälle konnte Verf. keine näheren Auskünfte erheben. Von den übrigen waren 2712 mit, 935 ohne Paresen verlaufen. (Unter der ersten großen Landesepidemie wurden 1031 Fälle beobachtet, von denen 868 Paresen aufgewiesen hatten.) Von den Paresefällen gehörten 1436 dem männlichen, 1224 dem weiblichen Geschlecht. Das Mortalitätsprozent der Paresefälle war 21·1 (im Jahre 1905 16·7). Von den Paresefällen waren 23·9% mehr als 15 Jahre alt (entsprechende Ziffer für das Jahr 1905 22·9%). Von diesen älteren Altersklassen starben 31% Männer und 22·7% Frauen.

Der jüngste von allen, während der Epidemie beobachteten Fällen betraf ein nur 6 Tage altes Mädchen; der älteste Fall war eine 78jährige Frau.

Die Epidemie läßt sich nicht zu einer an einem bestimmten Platze lokalisierten Quelle zurückführen. Es ist doch zu bemerken, daß während der Zwischenzeit 1906 bis 1910 das Land gar nicht frei von Poliomyelitis war. Die Fälle traten aber während dieser Zeit mehr sporadisch auf. Nur wenige und kleine Epidemien trafen ein. Insgesamt wurden unter diesen 5 Jahren 1571 Fälle gemeldet. Ungefähr gleichzeitig traten nun im Jahre 1911, schon im ersten Anfang des Frühlings, an 4 weit auseinanderliegenden Orten Schwedens die ersten kleinen epidemischen Anhäufungen auf. In der Folgezeit tauchten immer neue Herde auf in den verschiedensten Gegenden des Landes, so daß keine einzige Landschaft des Reiches von der Epidemie unberührt wurde. In bezug auf die Verteilung der Fälle zeigten sich im Vergleiche mit der ersten Epidemie bemerkenswerte Unterschiede. In keinem der Schauplätze für die eigentlichen Epidemiezentren des Jahres 1905 trat nämlich während des Jahres 1911 irgend eine Epidemie auf. Trotzdem ein paar der Gegenden, wo sich 1905 die Hauptherde befanden, von der neuen Epidemie mehr oder weniger vollständig umrandet wurden, traten dennoch in den alten Zentren nur vereinzelte Fälle auf. Dieser Umstand scheint dem Gedanken an eine in den Epidemiezentren von 1905 noch im Jahre 1911 mehr oder weniger ausgebreitete Immunität der Bevölkerung eine gewisse Stütze zu gewähren. Die von Wichmann nachgewiesene Tendenz zu einer radiären Verbreitung der Krankheit wurde bestätigt. Es fanden sich unter den Herden solche, die im Zentrum erloschen waren, dennoch in der Peripherie ringförmig weiterkrochen. Der größte Herd, der im Jahre 1901 beobachtet wurde, setzte sich aus über 1300 Fällen zusammen.

Weiter wurde in bezug auf die Verbreitung der Fälle die Beobachtung gemacht, daß auf dem Lande die älteren Altersklassen relativ mehr von der Krankheit heimgesucht wurden, als der Fall war in den Städten. Auf dem Lande war die Morbiditätsfrequenz im 6. Jahre und darüber größer, bis zu 6 Jahren minder als in den Städten oder städtisch aufgebauten Gemeinden. Unter den Altersklassen 9 bis 17 Jahre fallen 29·5% der ländlichen Fälle, aber nur 13·1% der städtischen. Im Alter 0 bis 3 Jahren ist das Verhältnis um-

gekehrt. Hier gehören 26·2% der ländlichen Fälle und 45% der städtischen dieser Altersklassen. Weiter wurde gefunden, daß auf dem Lande ein größeres Prozent der Mitglieder der einzelnen Haushaltungen von der Krankheit befallen wurde als in den Städten. Die multiplen Fälle in den Landfamilien betrugen 24·52% sämtlicher auf dem Lande eingetroffenen Fälle. In den Städten fielen nur 15·12% der Fälle auf diese Gruppe. Schließlich wurde die Landbevölkerung in größerer Ausdehnung befallen als die städtische. In den heimgesuchten Landesgemeinden kamen im Durchschnitt 16 Poliomyelitisfälle (Paresefälle) auf 10.000 Einwohner, in den befallenen Städten nur 6 Fälle auf 10.000 Einwohner. Die genannten Beobachtungen scheinen der Vermutung eine gewisse Stütze zu verleihen, daß die städtische Bevölkerung mehr allgemein gegen die Krankheit immunisiert ist als die ländliche.

Wernstedt (Stockholm-Malmö).

M. Tièche. *Epidemiologisches und Experimentelles über Variola und Vakzine.* (A. d. hyg. Institut d. Univ. Zürich.) (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1913, Nr. 24—26.)

Von den zahlreichen Untersuchungen, die Verf. bei Anlaß einer kleinen Pockenepidemie im Kanton Aargau (Schweiz) 1911 gemacht hat, interessieren uns hier seine Ausführungen über die Differentialdiagnose von Varioloisfällen mit Varizellen mit Hilfe der vakzinalen Allergie.

Die Epidemie zeigte den Typus einer Kinderepidemie infolge mangelnden Impfschutzes in den letzten 15 Jahren (17 Kinder von 36 Fällen). Es traten viele modifizierte Pockenfälle (Variolois) auf, bei denen die Differentialdiagnose mit Varizellen sehr viel Schwierigkeiten machte.

Nach übereinstimmender Ansicht der Autoren haben die einzelnen klinischen Merkmale nur einen bedingten Wert; es ereignen sich immer wieder folgenschwere Irrtümer. Die bisher angegebenen Impfversuche an Tieren (Impfung der Kaninchenkornea und Nachweis des Guarnierischen Körperchens, des Kaninchenrückens oder -ohres mit Pustelinhalt) sind umständlich und unsicher; ebenso das neuerdings von Stäubli publizierte Verfahren der Diagnose aus dem Blutbild (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte 1913, Nr. 7 u. 8).

Verf. versucht, die Frühreaktion an sich selbst, die von Pirquet vom theoretisch klinischen Standpunkt genau beschrieben hat, zu praktisch diagnostischen Zwecken zu verwenden und kommt dabei zu folgendem Resultat.

Es gelang dem Verf. bei 9 Variolafällen durchschnittlich 6 bis 8 Stunden nach der Einimpfung von Pustelinhalt auf seinen Arm aus der Entwicklung der Frühreaktion die Diagnose Variola-Vakzineerkrankung zu stellen, mit dem Material von 18 Varizellenfällen aber nie. Die Reaktionen gelangen auch mit erhitzter Lymphe (während 5 Minuten bis zu 70°), wodurch die Gefahr einer Übertragung von Krankheiten ausgeschlossen ist.

Bevor ein Arzt solche Versuche anstellt, muß er wegen der großen individuellen Schwankungen über die Art seiner Kutanreaktion genau orientiert sein. Es ist aber sicher, daß es einzelne Individuen gibt, die vermittelst dieser Methode die Differentialdiagnose stellen können. E. Burckhardt (Basel).

Tuberkulose.

Ina Rosenquist. *Tuberkulinundersökninger enligt v. Pirquets metod utförda vid Helsingfors poliklinik för tuberkulösa och vid stadens sommardagssanatorium i Äggelby.* (Tuberkulinuntersuchungen nach der v. Pirquetschen Methode ausgeführt bei der Poliklinik für Tuberkulöse in Helsingfors und der städtischen Ferienkolonie bei Aggelby.) (Finska Läkaresällsk. Handl., Bd. LV, 1913, S. 186.)

Verf. teilt eine Zusammenstellung von 472 Fällen mit, in denen v. Pirquetsche Reaktion ausgeführt worden war. Das Untersuchungsmaterial umfaßte Arbeiterkinder im Alter von 0 bis 15 Jahren. 372 gehörten zu der Klientel der Helsingforser Fürsorge- und Beratungsstelle für Lungenkranke, die übrigen waren Volkskinder, welche auf Grund erblicher Belastung in bezug auf Tuberkulose oder wegen allgemeiner Schwäche in das städtische Sommertagssanatorium aufgenommen waren. Die Untersuchung ergab durchschnittlich in 69·3% der Fälle positive Pirquetsche Reaktion. In den Altersklassen 0 bis 5 Jahren reagierten 59·5% bis 64·7%, in den übrigen Altersklassen (6 bis 15 Jahren) 69·4% bis 77% positiv. Die ungewöhnlich hohen Prozentziffern für die jüngsten Altersklassen beruhten wahrscheinlich auf der Beschaffenheit des Untersuchungsmaterials, das in diesen Altersklassen ausschließlich aus Kindern bestand, welche die oben erwähnte Fürsorge- und Beratungsstelle für Lungenkranke besucht hatten. Von 287 Kindern, die hereditär belastet waren, reagierten 72·5% positiv. Von 185 nicht hereditär tuberkulös belasteten 64·3%. Wernstedt (Stockholm-Malmö).

Oppenheim und **Wechsler.** *Kutanreaktion nach Pirquet bei gesunder und erkrankter Haut.* (Wiener. med. Wochenschr., 1913, S. 2727.)

Es gibt eine Anzahl von Hautaffektionen, bei denen die Reaktionsfähigkeit der Haut gegenüber Tuberkulin gesteigert ist: Lupus, artifizielle Erytheme. Bei einer größeren Anzahl von Dermatosen ist die Reaktionsfähigkeit herabgesetzt; hierzu rechnen Verff. die disseminierten Hautsyphilide, die autotoxischen Erytheme (Erythema multiforme, Urticaria, Prurigo, Erythema toxicum) und jene Fälle, bei denen lokale Eiterungen der Haut und des Unterhautzellgewebes bestehen. Lehndorff (Wien).

Urogenitalsystem.

Weith und **Scholder.** *L'Albuminurie lordotique dans les écoles de Lausanne.* (Die lordotische Albuminurie in den Schulen von Lausanne.) (Schweiz. Rundsch. f. Med., 1913, Nr. 17.)

Verf. stellten an 1254 Schülern und Schülerinnen von 10 bis 15 Jahren umfassende Untersuchungen über die Häufigkeit, die auslösenden Momente und die Dauer und Stärke der Albuminurie an.

Aus dem reichen statistischen Material sei folgendes hervorgehoben.

Die Kinder wurden veranlaßt, 5 bis 15 Minuten lang eine lordotische Haltung der Wirbelsäule anzunehmen. Die anschließenden Urinuntersuchungen ergaben Albuminurien in 17·4%, und zwar bei Knaben 15·6%, bei Mädchen 22·4%. Das Maximum der Fälle lag im 12. Jahr.

Es wurden verschiedene Haltungen eingenommen.

Die sitzende lordotische Haltung mit Anlehnen und mit auf dem Rücken gekreuzten Armen ergab im Durchschnitt 14·3% Albuminurien, bei Mädchen, welche die Haltung energisch durchführten und beständig kontrolliert wurden, bis zu 29·7%.

Bei stehender lordotischer Haltung wurden in 37·7% (Mädchen 52%[!], Knaben 33·3%), bei kniender lordotischer Haltung in 20·4% Eiweiß gefunden. Sitzende lordotische Haltung ohne Anlehnen gab 25% (im 12. Jahre sogar 38·4%).

Die Albuminurie war nur mäßigen Grades (Spuren bis höchstens 2%), sie dauerte in der Regel nur eine Stunde (bei 5 von 90 in dieser Richtung untersuchten Kindern bis zu 2 Tagen).

Verff. treten der Ansicht von Jehle bei, daß nicht die aufrechte Stellung, sondern die lordotische Haltung (und zwar nur die echte Lordose und nicht die Pseudolordose) das ursächliche Moment sei. Diese führt bei asthenischen Kindern, begünstigt durch die Muskelschwäche, zu einem mechanischen Druck auf die Vena cava auf; infolge davon kommt es zu Stauung in den Nierenvenen und zu Albuminurie.

Diese Anschauung begründet Verf. durch folgende Experimente. Manueller Druck durch die Bauchdecken hindurch an eine Stelle oberhalb der Einmündung der Nierenvenen in die Vena cava führt bei liegendem Kinde zu Albuminurie. Bei der Leiche wird durch eine künstliche Lordose die Vena cava abgeplattet und dadurch das Durchfließen von Wasser durch dieselbe verlangsamt.

Trotz der allgemein bekannten, relativ günstigen Prognose verlangen die Verff., daß bei der Erziehung zu Hause und in der Schule die lordotische Haltung möglichst vermieden werde.

E. Burckhardt (Basel).

Neurologie.

L. Schnyder (Bern). *Anorexieformen des Pubertätsalters.* (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1913, Nr. 12.)

Die Anorexie als mehr oder weniger selbständiges Krankheitsbild ist eine nicht allzu seltene Form der Psychoneurosen im Pubertätsalter. Sie kommt bei Mädchen zehnmal häufiger vor als bei Knaben.

Verf. gibt seine Ansicht über die Genese dieser „psychischen" Anorexie.

Ihre Ursachen sind einesteils die physiologischen Veränderungen der Pubertätszeit (Tätigkeit der Genitaldrüsen beziehungsweise der Drüsen mit innerer Sekretion im allgemeinen). Anderenteils kommen bei der Entstehung auch rein psychische Momente in Frage, da gerade die Pubertätszeit gewaltige Änderungen auf psychischem Gebiete, besonders im Affektleben, bringt und dadurch für Individuen mit primärer Psychasthenie kritisch wird.

Verf. unterscheidet 2 Formen:

1. Die passive Anorexie, gewöhnlich von Schlaflosigkeit begleitet, ist sowohl eine Folge der allgemeinen Gemütsdepression mit der Herabsetzung aller Lebensfunktionen als auch eine Erscheinung der innern seelischen Unruhe.

2. Die aktive Anorexie ist eine vom Individuum gewollte Störung als Mittel zum Zwecke, den unangenehmen Lebensrealitäten zu entgehen. Unter diesen Realitäten sind die sexuellen Probleme die gefürchtetsten, besonders bei Mädchen. Aus den Angstgefühlen vor Verstößen gegen die Moral entwickelt sich eine übermäßige Skrupulosität und aus dem moralischen Konflikt die Anorexie als irrationelle Abwehrreaktion.

Verf. erläutert dies durch einige Analysen. Zum Beispiel ein bisher unschuldiges 14jähriges Mädchen erlebt ein sexuelles Trauma, denkt mit Angst darüber nach, fürchtet sich vor den sich ihm enthüllenden Aussichten. Das Kind will Kind bleiben. Beherrscht durch einen wahren Regressionstrieb, welcher der Tiefe seiner intimsten Persönlichkeit entstammt, nimmt es seine Zuflucht zur Anorexie als dem sichersten Mittel, diesen Zweck zu erreichen.

E. Burckhardt (Basel).

III. Ergänzende Literaturübersicht.

Allgemeines.

W. M. Feldmann. The jewish child. A literary and statistical study. (Das jüdische Kind. Ein literarische und statistische Studie. Child., 1913, Bd. III, S. 785.

Herbert. Neglected points in the care of infants and young children. (Vernachlässigte Punkte in der Kinderpflege.) Southern Med. Journ., September 1913.

William P. Herbert. Some often neglected points relating to the care of infants and young children. (Einige oft vernachlässigte Gesichtspunkte betreffend die Fürsorge für Säuglinge und junge Kinder.) South. med. Journ., 1913, Bd. VI, S. 570.

Charles Herrmann. The age and seasonal incidence of diseases of children. (Alter und Jahreszeit bei Kinderkrankheiten.) Arch. of Pediatrics. 1913, Bd. XXX, S. 749.

Mary Sutton Macy. Some unusual phases of child hygiene. (Ungewöhnliche Phasen in der Hygiene des Kindes.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 848.

Paramanda-Mariadassou. La mère et l'enfant dans l'Inde. (Mutter und Kind in Indien.) Clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 122.

Alois Strasser. Abhärtung. Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therapie, 1913, Bd. XVII, S. 385.

Anatomie und Histologie.

Delherm. Lecture du travail de candidature du Docteur Jean Pozier. Étude radiographique de l'ossification du genou chez le nouveau-né. (Radiologische Studie über die Ossifikation des Knies beim Neugeborenen.) Bull. off. de la soc. franc. d'électrothérap. et de radiolog., 1913, Bd. XXI, S. 9.

G. Dubreuil. La croissance des os des mammifères. II. Croissance au niveau du cartilage de conjugaison. Soc. de biol., 1913, S. 888.

— La croissance des os des mammifères. III. L'accroissement interstitiel n'existe pas dans les os longs. (Es gibt kein interstitielles Wachstum an den langen Röhrenknochen.) Soc. de biol., 1913, S. 935.

Adele Hartmann. Verkalkungsvorgänge im gesunden und rachitischen Knorpel. Ak. Wiss. math.-phys. Klasse, 1913, Bd. XXXXIII, S. 271.

M. Landau. Zur Entwicklung der Nebennierenrinde. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 300.

Oliviero Pini. Sulle alterazioni istologiche del tessuto osseo nell' emiplegia cerebrale infantile. (Über histologische Veränderungen des Knochengewebes bei kindlichen zerebralen Lähmungen.) Giornale di psichiatr. clin. e techn. manicom., 1913, Bd. XL, S. 385.

A. Puyhaubert. Recherches sur l'ossification des os des membres chez l'homme. (Untersuchungen über die Ossifikation der Extremitätenknochen beim Menschen.) Journ. de l'anat. et de la physiol., 1913, Bd. IL, S. 224.

H. L. Rouvière und **L. Houdard.** Note sur les lymphatiques de l'extrémité supérieure du tibia. Chez le foetus humain et chez l'enfant. (Beobachtung über Lymphbahnen des oberen Endes der Tibia. Beim menschlichen Fötus und beim Kind.) Bibliogr. anat., 1913, Bd. XXIII, S. 275.

Physiologie und allgemeine Pathologie.

M. A. Aimes. A propos de l'hérédité des affections congénitales. Histoire d'une famille composée de six frères et soeurs atteints d'affections congénitales. Longue hérédité directe. (Über die Erblichkeit kongenitaler Erkrankungen. Geschichte einer aus 6 Geschwistern bestehenden mit kongenitalen Erkrankungen behafteten Familie. Fortgesetzte direkte Vererbung.) Montpellier méd., 1913, Bd. XXXVII, S. 184.

Hans Aron. Biochemie des Wachstums des Menschen und der höheren Tiere. (In Handbuch der Biochemie. . . herausgeg. von C. Oppenheimer, Erg.-Bd.) Jena. G. Fischer 1913.

W. H. Broad. Heredity and skull form. (Heredität und Schädelform.) Liverpool med.-chir. Journ., 1913, Bd. XXXIII, S. 52.

Hans Friedenthal. Über Wachstum. T. 3. Das Längenwachstum des Menschen und die Gliederung des menschlichen Körpers. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk., 1913, Bd. XI, S. 685.

Paul Godin. Respiration thoracique et respiration abdominale volontaires au cours de la croissance. (Die willkürliche Thorakal- und Abdominalatmung während der Wachstumsperiode.) Cpt. rend. hebdom. d. séanc. de l'acad. d. scienc., 1913, Bd. CLVII, S. 388.

D. von Hansemann. Die Vererbung von Krankheiten. Arch. f. soz. Hygiene 1913, Bd. VIII, S. 238.

Adolf F. Hecht. Der Mechanismus der Herzaktion im Kindesalter, seine Physiologie und Pathologie. Ergebn. d. inn. Med. und Kinderheilkunde, 1913, Bd. XI, S. 324.

Le Grand Kerr. Healthy sick children. (Gesunde Schwächlinge.) New York med. Journ., 1913, Bd. LXXXXVII, S. 1286.

W. Knöpfelmacher und **H. Mautner.** Verlangsamte Resorption der Zerebrospinalflüssigkeit bei Hydrozephalien. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 493.

Lorenz Monod. Craniotabès très prononcé chez des nourrissons rachitiques permettant de sentir par la palpation les variations de tensions intracraniennes. (Sehr ausgesprochene Kraniotabes bei rachitischen Säuglingen, bei der man die Schwankungen des intrakraniellen Druckes palpieren konnte.) Clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 395.

D'Oelsnitz. Réactions thermiques, respiratoires, circulatoires, hématiques provoquées par l'héliothérapie chez l'enfant. (Thermische respiratorische, zirkulatorische und Blutreaktionen beim Kinde verursacht durch Heliotherapie.) I. Congrès de Pédiatrie de langue française. Paris, 3. und 4. Oktober 1913.

Godfrey R. Pisek. Obscure high fever in children. (Obskure hochfebrile Krankheitszustände im Kindesalter.) Amer. Med., 1913, Bd. XIX, S. 400.

E. Schwarz. Der Wachstumreiz der Röntgenstrahlen auf pflanzliches und tierisches Gewebe. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 2165.

James Warren Sever. The position of the stomach in children in relation to posture. (Die Lage des Magens bei Kindern in Zusammenhang mit der Haltung.) New York med. Journ., 1913, Bd. XCVIII, S. 551.

G. Squarti. Sulla permeabilità delle meningi. (Über die Permeabilität der Meningen.) Riv. di clin. pediatr., 1913, Bd. XI, S. 641.

Vaerting. Das günstigste elterliche Zeugungsalter für die geistigen Fähigkeiten der Nachkommen. Würzburg, 1913, Curt Kabitzsch Verlag. Preis 1·20 Mark.

Allgemeine Diagnostik.

L. Beco. Les syndromes cérébrospinaux aigus non spécifiques. (Akute nicht spezifische Zerebrospinalsyndrome.) Scalpel, 1913, 19. und 26. Jänner.

Philipps (Antwerpen).

Alan Brown. Tuberculin skin reactions in infancy. (Hautreaktion auf Tuberkulin beim Kinde.) Arch. of Pediatr., 1913, Bd. XXX, S. 665.

Cattaneo. Cutireazioni alla tuberculina umana e bovina. (Untersuchungen über die Cutireaktion auf humanes und bovines Tuberkulin.) Riv. di clin. pediatr., 1913, Bd. XI, S. 233.

Edmund Cautley. The diagnosis of acute abdominal conditions in children. (Die Diagnose akuter abdominaler Erkrankungen im Kindesalter.) Brit. Journ. of Childr. Dis., 1913, Bd. X, S. 193.

Edred M. Corner und **Edmund Cautley.** The diagnosis of the acute abdominal conditions of children. (Die Diagnose akuter Abdominalerkrankungen im Kindesalter.) Practitioner, 1913, Bd. XC, S. 798.

Louis Gavet. De l'influence de certaines affections et de l'état de gestation sur les réactions à la tuberculine et en particulier sur l'intradermo-réaction. (Einfluß gewisser Erkrankungen und der Schwangerschaft auf die Tuberkulinreaktion und besonders auf die Intradermoreaktion.) Thèse de Paris, 1912, Nr. 235.

R. H. Major und **Edmund Nobel.** Über die Empfindlichkeit der kindlichen Haut gegenüber Dysenterietoxin und Tuberkulin. Zeitschrift f. d. ges. exper. Med., 1913, Bd. II, S. 9.

Marfan, P. J. Ménard und **Saint-Girons.** Utilité de la recherche d'une peroxydase dans les liquides pathologiques. Essai de peroxydodiagnostic. (Nutzen des Nachweises einer Peroxydase in pathologischen Flüssigkeiten. Versuch einer Peroxydodiagnose.) Le Bull. méd., Nr. 61, S. 723.

Philipps. Causes of continued fever in children. (Ursache chronischen Fiebers bei Kindern.) Cleveland Med. Journ., September 1913. Verf. erwähnt fast alle Allgemein- und Lokalinfektionen.

J. Porter-Parkinson. Difficulties of diagnosis in disease in children. (Diagnostische Schwierigkeiten bei Kinderkrankheiten.) Practitioner, 1913, Bd. XCI, S. 43.

Pharmakologie und Toxikologie.

E. A. Autler. Contribution expérimentale à l'étude de l'action du phosphore à petites doses sur l'ossification. (Experimenteller Beitrag zum Studium der Wirkung kleiner Phosphorgaben auf die Ossifikation.) Thèse de Paris, 1913.

Borde. Administration de la morphine à une nourrice sans aucun inconvénient pour le nourrisson. (Verabreichung von Morphium an eine Amme ohne Schaden für den Säugling.) Soc. méd.-chir. de Bordeaux, 7. Februar 1913.

Alfred W. Bosworth und **Lucius L. van Slyke.** Preparation and composition of basic calcium caseinate and paracaseinate. (Herstellung und Zusammensetzung von basischem Kaseinkalzium und Parakaseinkalzium.) Journ. of biol. Chemistry, 1913, Bd. XIV, S. 207.

H. J. Campbell. The principles of treatment in childhood. (Therapeutische Grundsätze für das Kindesalter.) Amer. Med., 1913, Bd. XIX, S. 360.

E. Döbeli. Bemerkungen zum kasuistischen Beitrag von Wolff zu meiner Arbeit: Über die Verwendung von Opiaten im Kindesalter. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 266.

Rudolf Fischl. Zur Analyse der Thymusextraktwirkung. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 503.

Jarricot. Sur l'emploi du sulfate d'hordénine dans la pratique infantile. (Anwendung von Hordeninsulfat in der Kinderpraxis.) La Pédiatrie prat., 1912, Nr. 19, S. 332.

S. P. Kramer. A possible source of danger in the use of antimeningitis serum. (Eine mögliche Quelle der Gefahr bei Verwendung des Antimeningitisserums.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LX, S. 1348.

E. Lesné. Le „sérum continu intrarectal" en médecine infantile. Bull. de la soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 454.

Georges Mouriquand und **Georges Dujol.** Sur l'action diurétique de l'infusion de muguet des bois chez l'enfant. (Cardiopathies, néphrites, oedèmes essentiels.) Über die diuretische Wirkung des Waldmeisterinfuses bei Kindern. Herzkrankheiten, Nierenleiden, essentielle Ödeme.) Pathol. infant., 1913, Bd. X, S. 7.

C. Oehme. Bemerkung zu Lehnerdts Arbeit: „Der Einfluß des Strontiums auf die Entwicklung des Knochengewebes usw." Zeitschr. f. d. ges. exper. Med., 1913, Bd. I, S. 555.

Ferdinand Orland. Ein Fall von unbeabsichtigter hoher Phenolphthaleindosis bei einem Kinde. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 257.

R. von den Velden. Zur Pharmakotherapie mit anorganischen Kalksalzen. Therapeut. Monatshefte, 1913, Bd. XXVII, S. 685.

Siegfried Wolff. Kasuistischer Beitrag zu der Arbeit von Döbeli: „Über die Verwendung von Opiaten im Kindesalter". Monatsschrift f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 77.

Bakteriologie.

E. Freifeld. Über das Vorkommen von Diphtheriebazillen im Harn. Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 1761.

Max Gräf. Über Bazillenbefunde im Urin von Diphtheriekranken. Zentralbl. f. Bakteriol., 1913, Bd. LVII, S. 78.

L. R. Grote. Zur Variabilität des Bazillus paratyphi B. Zentralbl. f. Bakteriol., Parasitenkunde u. Infektionskrankh., 1913, Bd. LXX, S. 15.

Martin Kretschmer. Über intravitale, bakteriologische Blutuntersuchungen bei Kindern. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 69.

Marcel Meunier. Nouvelles recherches sur les bacilles diphthériques vrais et les bacilles pseudo-diphthériques. (Neue Untersuchungen über die echten Diphtheriebazillen und die Pseudodiphtheriebazillen.) Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belg., 1913, Bd. XXVII, S. 448.

Max Neißer. Bakteriologie der Diphtherie. Zentralbl. f. Bakteriol., 1913, Bd. LVII, S. 1.

Serologie und Immunitätslehre.

Ivo Bandi. Lo stato attuale della sieroterapia antidifterica. Sieri antitossici e sieri antibacterici. (Der Stand der Diphtherieserumtherapie: Antitoxische und antibakterielle Sera.) 6. congr. pediatr. ital., Padova, Oktober 1907; Siena, Lazzeri, 1913.

Herbert R. Brown. The immunizing effect on guinea-pigs of small doses of diphtheria toxin. (Die immunisierende Wirkung kleiner Diphtherietoxindosen auf Meerschweinchen.) Journ. of Med. Res., 1913, Bd. XXVII, S. 445.

Riccardo Fuà. L'uso del siero di sangue normale in pediatria. (Die Anwendung von normalem Blutserum in der Kinderheilkunde.) Riv. di clin. pediatr., 1913, Bd. XI, S. 596.

Georg Gaffky und **Otto Heubner.** Über die Gefahren der Serumkrankheit bei der Schutzimpfung mit Diphtherieserum. Referat. Berlin, Veröff. Med. Verwaltung, 1913, Bd. II, S. 1.

Ludwig Gozony. Über serologische Unterschiede zwischen mütterlichem und fötalem Blutserum. Zeitschr. f. Immunitätsforsch., 1913, Bd. XIX, S. 172.

J. Michiels. La réaction sérique intracutanée. (Intrakutane Serumreaktion.) Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 835.

C. von Pirquet. Die Wiederkehr der Reaktionsfähigkeit auf Tuberkulin an verschiedenen Körperstellen nach dem Verschwinden der Masernanergie. Wiener med. Wochenschr., 1913, Bd. LXIII, S. 2518.

Entwicklung und Sprache.

Ferdinand Altmüller. Über die Entwicklung der Seele des Kindes. Blüten aus dem Garten der Kindheit. Beitr. z. Kinderforsch. u. Heilerziehung, 1913, Bd. CXIV, S. 7.

E. Bosworth Mc Cready. Retarded mental development in children. (Verzögerte geistige Entwicklung bei Kindern.) Internat. clin., 1913, Bd. XXIII, S. 104.

E. P. Gengenbach. Precocious menstruation. (Menstruatio praecox.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LXI, S. 563.

H. von Hug-Hellmuth. Aus dem Seelenleben des Kindes, eine psychoanalytische Studie. Schriften zur angewandten Seelenkunde, Heft 15, Leipzig und Wien. Verlag von Franz Deuticke, 1913.

Manara. Contributo alla conoscenza dello sviluppo del lattante nel primo anno di vita. (Beitrag zur Kenntnis der Entwicklung des Säuglings im ersten Lebensjahr.) Riv. di clin. pediatr., 1913, Bd. XI, S. 236.

F. J. Poynton. Precocious development in a boy, aged 8. (Vorzeitige Entwicklung bei einem 8jährigen Knaben.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VI.

Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.

E. Apert. Utilité de la réfrigération de la chambre d'enfant comme moyen prophylactique et thérapeutique contre la gastroentérite estivale des nourrissons. (Nutzen der Abkühlung des Kinderzimmers zur Prophylaxe und Therapie der Sommerdiarrhöe bei Säuglingen.) Comptes rendus du deuxième Congrès française du froid, Toulouse, 22. bis 25. September 1912.

Erich Aschenheim. Die Anwendung von Calcium lacticum bei Ernährungsstörungen von Säuglingen. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 229.

Hugh T. Ashby. Cyclic vomiting in children. (Zyklisches Erbrechen beim Kinde.) Practitioner, 1913, Bd. XCI, S. 53.

Thomas G. Atkinson. Infantile intestinal infections, modern principles of treating them. (Intestinale Infektionen im Säuglingsalter; moderne Behandlungsprinzipien.) Amer. Journ. of Clin. Med., 1913, Bd. XX, S. 578.

de Ballard. Etiology, prophylaxis and general management of enterocolic infections in infants. (Ätiologie, Prophylaxe und allgemeine Behandlung der Darminfektionen bei Säuglingen.) Southern Med. Journ., September, 1913. Wachenheim.

C. Beck. Die Ernährung magendarmkranker Säuglinge mit Eiweißmilch. Klin.-therap. Wochenschr., 1913, Bd. XX, S. 740.

W. Birk. Über den Einfluß psychischer Vorgänge auf den Ernährungserfolg bei Säuglingen. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 1.

A. S. Bleyer. The influence of atmospheric conditions on the mortality of infants suffering with gastrointestinal disorders. A study of the summers of 1910, 1911 and 1912 in St. Louis. (Der Einfluß atmosphärischer Momente auf die Sterblichkeit der Kinder mit gastrointestinalen Störungen. Studien über die Sommer 1910, 1911 und 1912 in St. Louis.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. VI, S. 319.

Brady. Alimentary intoxication and enteric infection in infancy. (Alimentäre Intoxikation und Darminfektion bei Säuglingen.) Missouri State Med., Assoc. Journ., Oktober 1913.

Brandeis und **Quintrie.** Galactoxalie et troubles digestifs chez le nourrisson. (Galaktoxalie und Ernährungsstörungen beim Säuglinge.) Gaz. hebdom. des scienc. méd. de Bordeaux, 1913, Bd. XXXIV, S. 166.

Hector Charles Cameron. A lecture on the causes of the failure of women to nurse their infants at the breast. (Ein Vortrag über die Ursachen des Unvermögens der Frauen, ihre Kinder zu stillen.) Lancet, 1913, Bd. II, S. 911.

H. Charles Cameron. Summer diarrhoea and summer heat. (Sommerbrechdurchfall und Sommerhitze.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VI, S. 142.

H. Charles Cameron. The uses and abuses of proprietary foods in infant feeding. (Die Verwendung und die Mißbräuche bestimmter Nahrungsmittel in der Säuglingsernährung.) Brit. Med. Journ., 1913, Nr. 2730, S. 873.

Raoul J. Caneiro. Beitrag zur Kenntnis der Gewichtsschwankungen bei Kohlehydratentziehung. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 333.

Ralph Oakley Clock. One hundred and seventeen cases of infantile diarrhea treated by intestinal implantation of the bacillus lactis bulgaricus at the babies hospital of the city of New York. (117 Fälle von Durchfall beim Säuglinge, behandelt durch intestinale Implantation des Bacillus lactis bulgaricus im Säuglingsspital der Stadt New York.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LXI, S. 164.

Emelyn Lincoln Coolidge. Some common midtakes in feeding infants. (Einige häufige Fehler bei der Säuglingsernährung.) Bull. of the lying-in hosp. of the city of New York, 1913, Bd. IX, S. 113.

Olimpio Cozzolino. Tuberculosi materna ed allattamento. (Tuberkulose der Mutter und Stillen.) Tommasi, 1913, Bd. VIII, S. 50.

Disney H. D. Crau. Breast feeding: Dr. Variot's teaching. (Stillen: Dr. Variots Lehre.) Lancet, 1913, Bd. CLXXXIV, S. 1659.

Adalbert Czerny. Die Abhängigkeit der natürlichen Immunität von der Ernährung. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 895.

H. B. Day. The treatment of infantile diarrhoea by saline injections. (Behandlung von Säuglingsdiarrhöe mit Salzwasserinjektionen.) Practitioner, 1913, Bd. XCI, S. 58.

E. Döbell. Sammelreferat über Arbeiten aus der Literatur über Ernährung und Ernährungstherapie des gesunden und kranken Kindes; umfassend die Jahre 1910, 1911 und 1912. Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte, 1913, Bd. XLIII, S. 997.

H. Dufour. Considérations cliniques sur un cas de vomissements incoercibles du nourrisson. Laparotomie par le Dr. Fredet. Guérison. (Klinische Betrachtungen über einen Fall von unstillbarem Erbrechen beim Säugling. Laparatomie. Heilung.) Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 464.

Clifford B. Farr. Caloric value of foods with special reference to the feeding of children. (Der Kalorienwert der Nahrung mit spezieller Berücksichtigung der Kinderernährung.) Pennsylvania Med. Journ., 1913, Bd. XVI, S. 688.

René Fievez. Le babeurre, aliment-médicament chez le nourrisson malade. (Buttermilch als Heilnahrung bei kranken Säuglingen.) Scalpel et Liège méd., 1913, Bd. LXVI, S. 55.

E. C. Fleischner. Summer diarrhea from the standpoint of the clinician. (Die Sommerdiarrhöe vom Standpunkt des Klinikers.) California State Journ. of Med., 1913, Bd. XI, S. 178.

David Forsyth. Breast feeding. (Stillen.) Lancet, 1913, Bd. CLXXXIV, S. 1656.

Friedmann. Ernährungs- und Entwicklungsstörungen beim Brustsäugling. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 616.

Conway A. Frost. Nerves and the nursing mother. (Nervosität und Stillen.) Arch. of Pediatr., 1913, Bd. XXX, S. 608.

Eugen Gildemeister und **K. Baerthlein.** Bakteriologische Untersuchungen bei darmkranken Säuglingen. Zentralbl. f. Bakteriol., 1913, Bd. LVII, S. 263; Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 982.

R. Halberstadt. Die moderne Säuglingsdiätetik und die Praxis. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 483.

Hanbigde. Infant feeding with undiluted cow's milk. (Säuglingsernährung mit unverdünnter Kuhmilch.) New York State, Journ. of Med., Oktober 1913.

Walter T. Hasler. Some recent developments in infant feeding. (Einige neue Errungenschaften in der Säuglingsernährung.) Northwest med., 1913, Bd. V, S. 103.

Hauch. Lemeland und **Vaudescal.** Les récents travaux sur la nutrition pendant la gestation. (Neue Arbeiten über Ernährung während der Schwangerschaft.) Arch. mensuelles d'obstétr. de gynécol., 1912, Bd. XVIII, S. 294.

Frederick Gowland Hopkins und **Allen Neville.** A note concerning the influence of diets upon growth. (Über den Einfluß der Ernährung auf das Wachstum.) Biochem. Journ., 1913, Bd. VII, S. 97.

Walther Kaupe. Schwierigkeiten beim Stillen. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1913, Bd. V, S. 186.

Kirk. Summer diarrhea. (Sommerdiarrhöe.) Kentucky Med. Journ., 1. August 1913.

H. Kleinschmidt. Ernährung und Antikörperbildung. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 423.

Boyce W. Knight. The problem of artificial feeding. (Das Problem der künstlichen Ernährung.) Amer. Med., 1913, Bd. XIX, S. 408.

Frederick Langmead. On the value of citrated whole milk in infant feeding. (Über den Wert der Zitratvollmilch in der Säuglingsernährung.) Amer. Med., 1913, Bd. XIX, S. 368.

W. Spalding Laurie. Some effects of present methods of feeding during childhood. (Wirkung gegenwärtig geübter Ernährungsmethoden während der Kindheit.) Austral. Med. Journ., 1913, Bd. II, S. 987.

Romeo Monti. Erfahrungen mit Tannismut bei Darmkatarrhen der Kinder. Wiener med. Wochenschr., 1913, Bd. LXIII, S. 2262.

Harold J. Morgan. Some remarks on infantile diarrhoea. (Einige Bemerkungen über Säuglingsdurchfälle.) Amer. med. compend., 1913, Bd. XXXIX, S. 89.

John Lovett Morse. Report on progress in pediatrics. Boiled milk in infant feeding. (Bericht über Fortschritte in der Pädiatrie. Gekochte Milch in der Säuglingsernährung.) Boston Med. and Surg. Journ., 1913, Bd. CLXVIII, S. 726.

Eugene Bishop Mumford. Indigestion in infants. (Verdauungsstörungen im Säuglingsalter.) Indianopolis med. journ., 1913, Bd. XVI, S. 273.

Lucy Nalsh. Breast feeding: its management and mismanagement. (Stillen: richtige und fehlerhafte Stillpraxis.) Lancet, 1913, Bd. CLXXXIV, S. 1657.

Opitz. Kann die Milch der eigenen Mutter dem Säugling schädlich sein? 15. Versammlung der deutschen Gesellschaft f. Gynäkologie, Halle, 14. bis 17. Mai 1913.

Dante Pacchioni. Sulla dottrina dell'attrofia infantile. (Die Lehre von der Säuglingsatrophie.) La Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 728.

Peignaux. Un cas de micromastie chez une nourrice ayant allaité cinq enfants. (Ein Fall von Mikromastie bei einer Amme, welche 5 Kinder gestillt hatte). La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 685.

Paula Phillippson. Über die Entwicklung junger Säuglinge bei künstlicher Ernährung. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 157.

Louis Pierra. Le babeurre est-il un aliment? (Ist Buttermilch ein Nahrungsmittel?) Journ. des sagesfemmes, 1913, Bd. XXI, S. 298.

Portes. Étude sur la farine d'avoine. (Studie über Hafermehl). La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 737.

Eric Pritchard. Consideration of the economic uses of dried milks and patent foods in infant feeding. (Ökonomische Verwendung der Trockenmilch und der Nährmittel in der Säuglingsernährung.) Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 632.

G. Rovere. Sulla concentrazione dell' albumina nel siero di sangue nelle gastroenteriti dei lattanti. Misurazioni refrattometriche.

(Über die Eiweißkonzentration des Blutserums bei Magendarmerkrankungen der Säuglinge. Refraktometrische Messungen.) Riv. di clin. pediatrics, 1913, Bd. XI, S. 347.

Harry Rulison. Some observations on infant feeding. (Säuglingsernährung.) Arch. of Pediatrcis, 1913, Bd. XXX, S. 762.

Georges Schreiber. Traitement de la constipation chez le nourrisson. (Behandlung der Verstopfung beim Säugling.) Paris méd., 1913, Nr. 23, S. 569.

M. Schwyzer. Erfahrungen mit der Finkelsteinschen Eiweißmilch im Baseler Kinderspital. Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte, 1913, Bd. XLIII, S. 1121.

Julien Silvestre. Les vomissements du nourrisson dans les maladies du système nerveux et les troubles névropathiques. (Erbrechen des Säuglings bei Krankheiten des Nervensystems und neuropathische Störungen.) Clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 335.

Eustace Smith. On avoidable diffuculties in the handfeeding of infants. (Über vermeidbare Schwierigkeiten bei der künstlichen Ernährung der Säuglinge.) Brit. Med. Journ., 1913, Nr. 2737, S. 1263.

A. C. Soper. A new bottle-holder for feeding babies. (Ein neuer Flaschenhalter zur Säuglingsernährung.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LX, S. 1535.

Franz Steinitz und **Richard Weigert.** Erfahrungen mit Molkensuppe bei Säuglingen. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 243.

Douglas H. Stewart. The alpha and omega of the digestive tract in the newborn child. (Das Alpha und Omega des Verdauungstraktes beim Neugeborenen.) Amer. Journ. of Obstetr., 1913, Bd. LXVII, S. 682.

Henry Enos Tuley. Some new-old problems in infant feeding. (Einige neu-alte Probleme der Säuglingsernährung.) Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 593.

Turner. Causes and treatment of summer diarrhea. (Ursachen und Behandlung der Sommerdiarrhöe.) Kentucky Med. Journ., 1. August 1913. Wachenheim.

G. Variot. Grande hypotrophie due à l'hypo-alimentation. Accroissement rapide du poids et de la taille par l'emploi du lait condensé sucré et du lait homogénéisé hypersucré. (Starke Hypotrophie durch Unterernährung. Schnelle Gewichts- und Größenzunahme durch Anwendung von kondensierter, gezuckerter und homogenisierter überzuckerter Milch.) Bull. de la soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 461; La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 673.

Variot. Laissons les bébés au sein téter suivant leur appétit. Les abus de la balance dans le contrôle de l'allaitement. (Man lasse die Säuglinge ihrem Appetit entsprechend an der Brust trinken. Der Mißbrauch der Wage bei der Kontrolle der Säuglingsernährung.) Clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 208.

W. Hale White. A discussion on alimentary toxaemia, its sources, consequences, and treatment. (General survey.) (Eine Diskussion über alimentäre Toxämie, ihre Ursachen, Konsequenzen und Behandlung. Allgemeiner Überblick.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VI, S. 1.

E. Wieland. Über schwere Verdauungsinsuffizienz jenseits des Säuglingsalters. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1913, Bd. XLIII, S. 1045.

Milchwissenschaft und Molkereipraxis.

E. Ausset. L'emploi des laits condensés chez le nourrisson. (Anwendung kondensierter Milch beim Säugling.) La Pédiatrie prat., 1913, Nr. 20.

Backhaus. 20 Jahre Erfahrung in der Kindermilchbereitung. Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 1354.

Bellinger. Über Milchgewinnung und -behandlung auf dem Lande. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med., 1913, Bd. XLVI, S. 174.

Boen. La question du lait. (Die Milchfrage.) Belgique méd., Bd. XIX, Nr. 46.
Verf. empfiehlt die Gründung kommunaler Kuhställe in Belgien, um die Frage vorwärts zu bringen. Philipps (Antwerpen).

Bonnamour. Le lait desseché. (Trockenmilch.) Soc. méd. des hôp. de Lyon, 1913, S. 305.

E. M. Buckingham. Protection of milk. (Der Schutz der Milch.) Boston Med. and Surg. Journ., 1913, Bd. CLXVIII, S. 785.

J. Basil Buxton. Milk in relation to disease. (Milch in ihrer Beziehung zu Krankheiten.) Public health Journ., 1913, Bd. IV, S. 209.

J. Drost. Zum Nachweis genügend erhitzter Milch. Zeitschr. f. Fleisch- und Milchhygiene, 1913, Bd. XXIII, S. 250.

J. Dupont. Une bonne alimentation des vaches laitières. (Gute Ernährung der Milchkühe.) Hygiène de la viande et du lait., 1913, Februar, S. 71.

R. Elchloff. Versuche mit dem Kühlapparat „Patent Thomsen" zur Kühlung der frischgemolkenen Milch und der Kühlkannen. Milchwirtschaftliches Zentralbl., 1913, Bd. XLII, S. 472.

Josef Eufinger. Die Veränderung der Frauen- und Kuhmilch durch Schütteln. Dissert., Gießen, 1913 (H. Müller).

C. Gerber. Action du bichlorure de mercure, de l'iode et de l'eau oxygénée, sur la digestion de la caséine et de la fibrine par les caséases et trypsines du latex desséché de vasconcellea quercifolia, de la papayotine et de la trypsine animale. Comparaison avec les présures correspondantes. (Wirkung von $HgCl_2$, Jod und Wasserstoffsuperoxyd auf die Verdauung des Kaseins und Fibrins durch die peptischen und tryptischen Fermente des getrockneten Milchsaftes von Vasconcellea quercifolia, Papayotin und tierischem Trypsin.) Cpt. rend. hebdom. d. séanc. de la soc. de biol., 1913, Bd. LXXV, S. 149.

C. Gerber. Digestion des laits cru et bouilli par les caséases du latex desséché de vasconcellea quercifolia, de la papayotine Merck et de la trypsine animale Merck. Comparaison avec les présures correspondantes. (Verdauung von roher und gekochter Milch durch die Kaseasen von getrocknetem Milchsaft von Vasconcellea quericifolia, von Papayotin Merck und von tierischem Trypsin Merck.) Cpt. rend. hebdom. d. séanc. de la soc. de biol., 1913, Bd. LXXV, S. 147.

S. Goy. Über einige amerikanische Milchpulver. Zeitschr. f. Untersuchungen d. Nahr- und Genußmittel, 1913, Bd. XXV, S. 445.

A. Griffith. Human tubercle bacilli in the milk of a vaccinated cow. (Menschliche Tuberkelbazillen in der Milch einer vakzinierten Kuh.) Journ. of Path. and Bacteriol., 1913, Bd. XVII, S. 323.

W. Grimmer. Beiträge zur Kenntnis der Fermente der Milchdrüse und der Milch. Biochem. Zeitschr., 1913, Bd. LIII, S. 429; Biochem. Zentralbl., 1913, Bd. XLII, S. 617.

John Hammond. The effect of pituitary extract on the secretion of milk. (Die Wirkung des Hypophysenextraktes auf die Milchsekretion.) Quart. Journ. of exp. Physiol., 1913, Bd. VI, S. 311.

F. C. Harrison und **A. Savage.** Der Bakteriengehalt des normalen Euters. Zeitschr. f. Untersuchungen d. Nähr- u. Genußmittel, 1913, Bd. XXVI, S. 47.

F. Hering. Über hygienisch einwandfreie Milchaufbereitung. Milchwirtschaftliches Zentralbl., 1913, Bd. XLII, S. 396.

Julius Honigmund. Über die Veränderungen der Milch maul- und klauenseuchekranker Kühe. Dissertation, Berlin, 1912 (R. Trenkel).

E. W. Hope. A note on the administration control of the milk supply from the point of view of the city medical officers of health together with a note on a recent method of sterilization. (Über administrative Kontrolle der Milchversorgung vom Standpunkte des Stadtarztes und über eine neue Sterilisationsmethode.) Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 628.

B. A. Houssay, L. Giusty und **C. Maag.** Wirkung von Hypophysenextrakt auf die Milchsekretion. Rev. de la soc. méd. argentina, 1913, Bd. XXI, S. 365.

Temistocle Jona. Sopra alcune reazioni perossidasiche del latte. (Über einige Peroxydasereaktionen der Milch.) Arch. di farmacol. sperim., 1913, Bd. XV, S. 122.

E. Klaveness. Some new and important tests for examination of milk. (Einige neue und wichtige Methoden zur Untersuchung der Milch.) Journ., Lancet, 1913, Bd. XXXIII, S. 46.

Hugo Kühl. Trockenmilchpräparate. Eine nahrungsmittel-hygienische Studie. Hyg. Rundschau, 1913, Bd. XXIII, S. 709.

L. Lindet. Influence du chlorure de calcium sur le caillage du lait. (Einfluß von Chlorkalk auf die Gerinnung der Milch.) Cpt. rend. hebdom. des séances de l'acad. des scienc., 1913, Bd. CLVII, S. 381.

Marfan, Feuillée und **Saint-Girons.** Les éléments cellulaires du lait de femme. (Zellelemente der Frauenmilch.) Soc. de Biol., Paris, 8. November 1913.

Edward B. Meigs und **Howard L. Marsh.** The comparative composition of human milk and of cow's milk. (Vergleich der Zusammensetzung von Frauen- und Kuhmilch.) Journ. of Biol. Chem., 1913, Bd. XVI, S. 147.

O. Mezger, H. Jesser und **K. Hepp.** Welche Veränderungen erleidet die Milch von Kühen, welche an Maul- und Klauenseuche erkrankt sind? Zeitschr. f. Untersuchungen d. Nahrungs- u. Genußmittel, 1913, Bd. XXV, S. 513.

Moraut. La lait desséché dans l'alimentation des enfants. Mauvais résultats dans deux cas. (Trockenmilch in der Säuglingsernährung. Schlechte Resultate in 2 Fällen.) Rev. mensuelle de méd. prat., 1912, Nr. 24, S. 169.

Friedrich Niklas. Zur Frage der Plazentarhormone und der Verwendung von Plazentarsubstanzen als Laktagoga. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1913, Bd. XXXVIII, 60. Ergänzungsheft.

Porcher. La question du lait desséché. (Trockenmilch.) Lyon méd., 1913, Nr. 5, S. 248.

Ch. Porcher. Le lait desséché. (Trockenmilch.) Province méd., 1912, Nr. 35, S. 385.

Paul Poetschke. Der Chlorgehalt der Milch. Journ. of ind. a. engin. Chem., 1912, Bd. IV, S. 38.

Schlossmann. Der Milchhandel vor hundert Jahren. Mutter und Kind, 1913, Bd. VI, S. 3.

Lucius L. van Slyke und **Alfred W. Bosworth.** Method of preparing ash-free casein and paracasein. (Methode zur Darstellung von aschefreiem Kasein und Parakasein.) Journ. of Biol. Chem., 1913, Bd. XIV, S. 203.

Martin J. Synnott. The public and professional confidence in certified milk and the basis for this confidence. (Das Vertrauen des Publikums und der Ärzteschaft zur „certified milk" und die Ursache dieses Vertrauens.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 774.

A. Trillat und **M. Fouassier.** Sur la contamination du lait par le bacille typhique par l'intermédiaire de l'eau. (Über die Verunreinigung der Milch mit Typhusbazillen durch Wasser.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de l'acad. des scienc., 1913, Bd. CLVI, S. 1936.

G. Variot. La situation du berceau comme facteur de l'asymétrie des seins. (Stellung der Wiege als ein Faktor in der Asymmetrie der Brüste.) Gaz. des hôp., 1913, Nr. 9, S. 133.

Ralph Vincent. On pasteurized milk and its effects. (Über pasteurisierte Milch und ihre Wirkung.) Amer. med., 1913, Bd. XIX, S. 365.

E. Weill und **G. Mouriquand.** Note sur le lait desséché. (Über Trockenmilch.) Soc. méd. des hôp. de Lyon, 19. November 1912, S. 935.

Stoffwechsel.

P. Binda. Sulla reazione chimica delle feci nel lattante. Nota 1. La reazione normale delle feci dei lattanti al seno e ad allattamento artificiale. (Über die chemische Reaktion der Säuglingsfäzes. 1. Mitteilung: Die normale Reaktion der Säuglingsfäzes bei natürlicher und bei künstlicher Ernährung.) Gaz. med. ital., 1913, Bd. LXIV, S. 261.

a vid Murray Cowie and **Winfield Scott Hubbard.** A rapid clinical method for the estimation of total fat infants' stools. (Eine rasche klinische Methode zur Bestimmung des Gesamtfettgehaltes der Säuglingsstühle.) Amer. Journ. of Dis. of Childr., 1913, Bd. VI, S. 192.

Ludwig Dienes. Beitrag zur Kenntnis des Stoffwechsels in der Schwangerschaft und der Laktation. Biochem. Zeitschr., 1913, Bd. LV, S. 124.

Armando Frank. Vergleichende Untersuchungen über die Ausnutzung von Vollmilch und kaseinfettangereicherte Kuhmilch. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 151.

David Frank. Energiequotient und Temperatur im Säuglingsalter. Dissertation, München, 1913 (Ernst).

Paula Freund. Vermehrte Glykuronsäureausscheidung bei Säuglingstetanie. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 1675.

E. Grafe. Zur Frage der Stickstoffretentionen bei Fütterung von Harnstoff. Hoppe-Seylers Zeitschr. f. physiol. Chemie, 1913, Bd. LXXXVI, S. 317.

A. Hayashi. Über das Verhalten des Fettes in der Leber bei atrophischen Säuglingen und bei Inanition. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 221.

— Über den Übergang von Eiweißkörpern aus der Nahrung in den Harn bei Albuminurie der Kinder. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 101.

Alfred F. Hess. The pathogenesis of casein curds in the stools of infants. (Die Pathogenese der Kaseinklumpen in den Säuglingsfäzes.) Amer. Journ. of Dis. of Childr., 1913, Bd. V, S. 457.

Otto Hesse. Ehrlichs Amidobenzaldehydreaktion im Harne bei Scharlach und scharlachähnlichen Exanthemen. Med. Klin., 1913, Bd. IX, S. 294.

Jones. Stools of children and their significance. (Bedeutung des Kinderstuhles.) Georgia Med. Assoc. Journ., September 1913, S. 205.

Gustav Jörgensen. Untersuchungen über Kochsalzfieber bei Säuglingen. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 386; Ugeskr. f. Laeger, 1913, Bd. LXXV, S. 1219.

Fritz Kleinert. Über den Einfluß einseitiger Mast auf die Zusammensetzung des Körpers und auf den respiratorischen Stoffwechsel bei späterem Hungern. Zeitschr. f. Biol., 1913, Bd. LXI, S. 342.

Maynard Ladd. Gastric motility in infants as shown by the Roentgen ray. (Röntgenuntersuchungen über Magenmotilität beim Säugling.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. V, S. 345.

— The influence of variations of diet upon gastric motility in infants. (Einfluß des Wechsels der Ernährung auf die Motilität des Magens beim Säugling.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 740.

Marcel Maillet. Azotémie des nourrissons. (Azotämie beim Säugling.) Thèse de Paris, 1913.

A. B. Marfan, H. Dorlencourt und **Fr. Saint-Girons.** Les pertes minérales par les selles chez un nourrisson athrepsique. (Mineralverluste durch die Stühle bei Athrepsie.) Bull. de la soc. de pédiatr. de Paris, 1913, S. 494.

Eugene Bishop Mumford. Fat indigestion in infants. (Störung der Fettverdauung bei Säuglingen.) Indianapolis med. Journ., 1913, Bd. XVI S. 325.

Alfred Neumann. Zur Methodik der Fettresorptionsprüfung. Arch. f. Verdauungskrankh., 1913, Bd. XIX, S. 409.

P. Nobécourt. La signification clinique de l'azotémie chez les enfants. (Klinische Bedeutung der Azotämie im Kindesalter.) Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 801.

— L'azotémie chez les enfants. (Azotämie bei Kindern.) Pédiatr. prat., 1913, Bd. XI, S. 298.

Nobécourt, Milhit und **Bidot.** Grande azotémie passagère au cours d'une néphrite aigue. (Starke vorübergehende Azotämie bei akuter Nephritis.) Bull. de la soc. de pédiatr. de Paris, 1913, S. 413.

Eric Pritchard. The heat regulating mechanisms of childhood. (Die Wärmeregulationsvorgänge im Kindesalter.) Amer. med., 1913, Bd. XIX, S. 343.

Karl Retzlaff. Alimentäre Lävulosurie und Galaktosurie. Med. Klin., 1913, Bd. IX, S. 757.

C. P. Robbins. Semeiotic significance of pathological findings in infant feces. (Die semiotische Bedeutung pathologischer Befunde im Säuglingsstuhl.) Journal Lancet, 1913, Bd. XXXIII, S. 275.

Giulio Rocchi-Burlamacchi. L'azotemia nella prima infanzia. (Die Azotämie in der ersten Kindheit.) Riv. di clin. pediatr., 1913, Bd. XI, S. 361.

C. Röse. Die Einwirkung der Kalksalze auf Ausscheidung und Zusammensetzung des Harnes. Zeitschr. f. Balneol., Klimatol. u. Kurorthygiene, 1913, Bd. VI, S. 91 u. 133.

Hans Rotky. Zur Methodik der Bestimmung des Diastasegehaltes der Fäzes. Prager med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXVIII, S. 413.

Ryan. Importance of laboratory examinations in early infancy and childhood. (Wichtigkeit der Laboratoriumuntersuchungen bei Kindern.) Iowa State Med. Soc. Journ., September 1913.

Ernst Schloß. Zur Behandlung der Rachitis mit Lebertran, Kalk und Phosphor auf Grund von Stoffwechselversuchen. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 1505.

Arthur Schloßmann. Die Arbeitsleistung des Säuglings. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 47.

Arthur Schloßmann und **Hans Murschhauser.** Der Stoffwechsel des Säuglings im Hunger. Biochem. Zeitschr., 1913, Bd. LVI, S. 355.

— Über den Einfluß der vorangegangenen Ernährung auf den Stoffwechsel im Hunger. Biochem. Zeitschr., 1913, Bd. LIII, S. 265.

Georg Schmorl. Über die Beeinflussung des Knochenwachstums durch phosphorarme Ernährung. Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol., 1913, Bd. LXXIII, S. 313.

H. Triboulet. A propos d'une modification rare des urines, l'alcaptonurie. (Über eine seltene Modifikation des Harnes, die Alkaptonurie.) Journ. des praticiens, 1912, Nr. 31, S. 481.

Walther Usener. Über die Verteilungs- und Ausscheidungsverhältnisse des Urotropins im menschlichen Körper und deren Verwendung zur Differentialdiagnose des Hydrozephalus (nach Ibrahim). Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VIII, S. 111.

G. Variot und **M. P. Lavialle.** Étude du rayonnement calorifique chez les nourrissons dans ses rapports avec l'alimentation et l'accroissement spécialement chez les atrophiques et les débiles. Calorimétrie directe. (Über die Wärmeabgabe durch Strahlung bei

Säuglingen und ihre Beziehungen zur Ernährung und zum Wachstume, besonders bei atrophischen und debilen Kindern. Direkte Kalorimetrie.) Clin. infant., 1912, Bd. X, S. 197, 229.

F. Wolff. Beitrag zur Fäzesuntersuchung auf Parasiteneier. Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 301.

Hans Wörner. Toleranz gegen Galaktose bei direkter Einführung in den Pfortaderkreislauf. Deutsches Arch. f. klin. Med., 1913, Bd. CX, S. 295.

Fötus und Embryo.

G. Buglia. Über den Übergang der Eiweißverdauungsprodukte von der Mutter auf den Fötus. Biochem. Zeitschr., 1913, Bd. XLVIII, S. 362.

B. Dedek. Zur Frage über die Entwicklung des Atemrhythmus bei den menschlichen Föten. Folia neuro-biol., 1913, Bd. VII, S. 539.

K. Jazuta. Über die Abhängigkeit der Nierenlage von dem Dickdarmgekröse bei dem menschlichen Fötus. Anat. Anzeiger, 1913, Bd. XLIV, S. 159.

Michel de Kervily. Variations de structure de la membrane basale des bronches chez le foetus humain. (Verschiedenheiten der Struktur der Basalmembran der Bronchien beim menschlichen Fötus.) Cpt. rend. hebdom. des séances de la soc. biol., 1913, Bd. LXXIV, S. 1317.

Laurent. Rapport entre le poids du placenta et le poids du foetus. (Beziehungen zwischen dem Gewicht der Plazenta und dem Gewicht des Fötus.) Thèse de Paris, 1913, Nr. 182.

Ed. Lévy, A. Magnan und **Ch. Sellet.** Recherches sur la croissance foetale. (Untersuchungen über fötales Wachstum.) Rev. prat. d'obstétr. et de paediatr., 1913, Bd. XXVI, S. 210.

S. Gordon Luker. Difficult labour caused by foetal ascites. (Schwere Geburt infolge fötaler Aszites.) Lancet 1913, Bd. CLXXXIV, S. 1309.

Max Mayo Miller. Prenatal growth of the human spinal cord. (Fötales Wachstum des menschlichen Rückenmarkes.) Journ. of comp. neurol., 1913, Bd. XXIII, S. 39.

Nicloux. Mécanisme du passage de l'oxyde de carbone de la mère au foetus. (Mechanismus des Überganges des Kohlenoxyds von der Mutter auf den Fötus.) Bull. de la soc. d'obst. et de gyn., 1912, Nr. 9, S. 271.

Douglas G. Reid. Studies in the intestine and peritoneum in the human foetus. P. 4. The septum bursarum omentalium and the areas of gastric adhesion. (Untersuchungen über den Darm und das Peritoneum des menschlichen Fötus. 4. Teil. Das Septum bursarum omentalium und die Adhäsionsflächen des Magens.) Journ. of anat. a. physiol., 1913, Bd. XCVII, S. 255.

C. Sauvage. De l'oedème généralisé du foetus. (Generalisiertes Ödem des Fötus.) Ann. de gynécol. et d'obstétr., 1913, Bd. XL, S. 385.

George P. Shears. The administration of oxygen to the foetus. (Gebrauch von Sauerstoff beim Fötus.) Med. record., 1913, Bd. LXXXI Bd. LXXXIV, S. 112.

R. Thoma. Untersuchungen über das Schädelwachstum und seine Störungen. Das fötale Wachstum. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., 1913, Bd. CCXII, S. 1.

Neugeborene.

Berneick. Spontane vollständige Zerreißung der Nabelschnur bei einer an sich normalen Geburt. Zeitschr. f. Medizinalbeamte, 1913, Bd. XXVI, S. 728.

Paul Delmas. Quelques traitements nouveaux de la mort apparente du nouveau-né. (Einige neue Behandlungsmethoden des Scheintodes beim Neugeborenen.) Gaz. méd. de Montpellier, 10. April 1912.

Alfred Devilliers. Recherches de thermométrie chez le nouveau-né. (Untersuchungen über Thermometrie beim Neugeborenen.) Thèse de Paris, 1913, No. 239.

Chas. W. Doughtie. Asphyxia neonatorum. (Asphyxie der Neugeborenen.) Virginia med. semi-month., 1913, Bd. XVIII, S. 33.

Arusiak Engibarian. Todesursachen totgeborener und kurz nach der Geburt gestorbener Kinder. Dissertation, Berlin 1913 (Ebering).

F. Escande. L'immunité vaccinale chez le nouveau-né. (Unempfindlichkeit des Neugeborenen gegen Vakzine.) Rev. internat. de la vaccine, 1913, Bd. III, S. 347.

Fabre und **Rhenter.** Recherche du signe de Wegner dans 67 autopsies de nouveau-nés. (Nachweis des Wegnerschen Zeichens bei 67 Autopsien an Neugeborenen.) Bull. de la soc. d'obst. et de gyn., 1912, Nr. 9, S. 977.

R. Franz. Les injections de sérum humain normal dans le traitement du melaena des nouveau-nés. (Injektionen mit menschlichem Normalserum bei der Behandlung von Melaena neonatorum.) Semaine méd., Januar 1913, S. 43.

Goldstine. Hemorrhage in the new born. (Blutung bei Neugeborenen.) Illinois Med. Journ., September 1913.

Grumeau. Étude médico-légale sur la viabilité des nouveau-nés. (Ärztlichlegale Studie über die Lebensfähigkeit der Neugeborenen.) Thèse de Lille, 1913, Nr. 15.

Fritz Gutfeldt. Über den Einfluß körperlicher und sozialer Verhältnisse der Mütter auf die Körpermaße ihrer Neugeborenen. Zeitschr. f. Geburtsh., 1913, Bd. LXXIII, S. 266.

H. J. Hansen. Untersuchungen über die Gewichte der neugeborenen Kinder. Meddelelser fra den antropol. komité Kobenhavn. 1913.

Walter B. Jennings. Hemorrhagic disease of the new-born infant treated by horse-serum. (Hämorrhagien beim Neugeborenen, mit Pferdeserum behandelt.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LX, S. 1154.

Ad. Juda. Über Uterusblutungen Neugeborener. Med. Klin., 1913, Bd. IX, S. 584.

Marie Kjölseth. Untersuchungen über die Reifezeichen des neugeborenen Kindes. Monatsschr. f. Geburtsh., 1913, Bd. XXXVIII, Ergänzungsheft, S. 216.

Ernst Kober. Über die Beziehungen von Gewicht und Länge der Neugeborenen zur Dauer der Schwangerschaft. Dissertation, Tübingen, 1913 (Laupp jun.).

H. Kraft. Die Entwicklung des Drehreflexes am Neugeborenen. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1913, Bd. LXXIV, S. 201.

Alexander Luftmann. Ein Fall von Erbscher Schulterarmlähmung beim Neugeborenen. Dissertation, München 1913 (Müller und Steinicke).

Lutz. Sur les inconvénients résultats pour l'hygiène des nouveau-nés de l'emploi de certains tétines. (Schädlichkeiten, welche aus dem Gebrauche gewisser Milchpumpen für die Hygiene des Neugeborenen erwachsen.) La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 621.

John B. Manning. The treatment of hemorrhagic disease of the newborn. (Die Behandlung der Hämorrhagie beim Neugeborenen.) Northwest. med., 1913, Bd. V, S. 224.

Ch. Maygrier. Les premières sorties des bébés, leurs premiers pas. (Das erste Austragen der Kinder, ihre ersten Schritte.) Rev. belge de puéricult., 1913, Bd. II, S. 176.

Ludwig Nürnberg. Volvulus als Ursache von Melaena neonatorum. Samml. klin. Vortr., 1913, Nr. 679, S. 639.

Richard Petzold. Über Melaena neonatorum an der Hand von 34 Fällen, die an der Königlichen Universitäts-Frauenklinik zu München vom 1. Oktober 1900 bis 31. September 1912 beobachtet wurden. Dissertation, München 1913 (G. Knauer).

Phillips und **Lanaux.** The frequency and causes of stillbirth. (Häufigkeit und Ursachen der Totgeburten.) New Orleans Med. and Surg. Journ., Oktober 1913.

Welch. Human serum treatment for hemorrhagic diseases of the newborn. (Menschenserumbehandlung bei Hämophilie der Neugeborenen.) New York State Journ. of Med., November 1913.

Traitement de la maladie hémorragique des nouveau-né. Revue générale. (Behandlung der Hämorrhagien bei Neugeborenen.) Arch. de méd. des enf., 1913, Bd. XVI, S. 698.

Frühgeburt.

Klaas Bakker. Über die Lebensaussichten frühgeborener Kinder mit besonderer Berücksichtigung der spontan frühgeborenen Kinder. Mitt. a. d. Hamburger Staatskrankenanst., 1913, Bd. XIV, S. 93.

Ida Bosman de Kat und **Margot A. J. Sannes-Sannes.** Untersuchungen über das Schicksal von 740 Kindern mit einem Geburtsgewichte von weniger als 3000 g. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1913, Bd. V, S. 243 u. 295.

Pericle Carlini. Prematuranza fetale e mortalità infantile. (Frühgeburt und Säuglingssterblichkeit.) Gineol. minore, 1913, Bd. VI, S. 8.

Ed. Cordier. Contribution à l'étude de la débilité congénitale. (Beitrag zum Studium der kongenitalen Debilität.) Ann. de la policlin. centr. de Bruxelles, 1912, Nr. 12, S. 353.

Rolf Lutz. Die Reifezeichen der Frühgeburt im 9. Monat. Zentralbl. f. Gynäkol., 1913, Bd. XXXVII, S. 127.

Hugo Nothmann. Zur Pflege und Ernährung der Frühgeburten. Reichs-Medizinal-Anzeiger, 1913, Bd. XXXVIII, S. 225, 263, 289, 321, 355, 389.

Peignaux. Hypotrophie prolongée chez un prématuré débile. (Prolongierte Hypotrophie beim debilen Frühgeborenen.) La clin. inf., 1913, Bd. XI, S. 617.

Diathesen.

Nikolaus Berend. Die Magnesiumsulfatbehandlung der spasmophilen Krämpfe. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 269.

Bernheim-Karrer. Zur Behandlung der Spasmophilie im Säuglingsalter. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 453.

Walter L. Bierring. J. A. Goodrich und **D. J. Glomset.** Status thymolymphaticus with report of four cases in one family. (Status thymico-lymphaticus mit Bericht über 4 Fälle in einer Familie.) Amer. Journ. of Dis. of Childr., 1913, Bd. VI, S. 75.

Kurt Blühdorn. Untersuchungen über die therapeutisch wirksame Dosierung von Kalksalzen mit besonderer Berücksichtigung der Spasmophilie. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 185; Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 1057.

G. Paul Boncour. L'asthénie psycho-motrice constitutionelle infantile. Asthénie et neurasthénie chez l'enfant. (Psychomotorische konstitutionelle Asthenie im Kindesalter. Asthenie und Neurasthenie beim Kinde.) Prog. méd., 1913, Bd. XLI, S. 190.

Friedrich Brandstetter. Über die Beziehung der Eosinophilie zum Ekzem und zur exsudativen Diathese. Dissertation, Heidelberg 1912.

Rudolf Emmerich und **Oskar Loew.** Der Einfluß der Kalksalze auf Konstitution und Gesundheit. Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 1200.

Fritz Groos. Die Landkartenzungen. Zeitschr. f. Ohrenheilk. u. f. d. Krankh. d. Luftwege, 1913, Bd. LXIX, S. 26.

C. Hart. Über die sogenannte lymphatische Konstitution (Lymphatismus, Status thymico-lymphaticus) und ihre Beziehungen zur Thymushyperplasie. Med. Klin., 1913, Bd. IX, S. 1466, 1507.

Max Kassowitz. Weitere Beiträge zur Rachitisfrage. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 1670, 1716.

N. Krasnogorsky. Exsudative Diathese und Vagotonie. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 129.

Franz Lust. Über den Einfluß der Alkalien auf die Auslösung spasmophiler Zustände. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 1482.

Oswald Meyer. Zur Parathyreoidinbehandlung der Spasmophilie. Therapie d. Gegenw., 1913, Bd. LIV, S. 354.

Antonin Poncet und **René Leriche.** Compréhension actuelle de l'arthritisme. (Der moderne Begriff des Arthritismus.) Paris méd., 1913, S. 431.

Helene Zellweger. Zur Lehre des Status lymphaticus. Zentralbl. f. d. ges. inn. Med., 1913, Bd. VIII, S. 145.

Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen.

Emil Abderhalden und **Peter Andryewsky.** Über die Verwendbarkeit der optischen Methode und des Dialysierverfahrens bei Infektionskrankheiten. Untersuchungen über Tuberkulose bei Rindern. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 1641.

A. Acquadernі und **A. Cenni.** Sopra due casi, l'uno d'encefalite, l'altro di poliencefalite inferiore da malattia di Heine-Medin. (Über 2 Fälle von Heine-Medinscher Krankheit, der eine als Enzephalitis, der andere als Polymyelitis inferior.) Riv. di. clin. pediatr., 1913, Bd. XI, S. 31.

Mamerto Acuna. Accidentes paraliticos postdiftéricos, consideraciones à proposito de un caso de paralisis tardia. (Postdiphtherische Lähmungserscheinungen, Betrachtungen über einen Fall von Spätparalyse.) Arch. latino-americ. de Pediatria, November Dezember 1912.

Hermann M. Adler. A note on a circumscribed epidemic of diphtheria. (Ein Beitrag zu einer umschriebenen Diphtherieepidemie.) Boston med. and surg. Journ., 1913, Bd. CLXVIII, S. 192.

Ralph E. Allen und **F. L. Horne.** Report of a case of rabies in which a child bit her father. (Ein Fall von Tollwut, bei dem ein Kind seinen Vater biß.) California State Journ. of Med., 1913, Bd. XI, S. 408.

Margola Asrielowitsch-Nemirowsky. Zur Frage der Typhusbazillenträger im Kindesalter. Dissertation, Straßburg 1913 (Müh u. Cie).

Siegmund Auerbach. Zur Pathogenese der postdiphtherischen Akkommodationslähmung. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 1913, Bd. XLIX, S. 94.

Bahn. Ocular complications of measles. (Augenkomplikationen der Masern.) New Orleans Med. and Surg. Journ., August 1913.

Noble P. Barnes. Cerebrospinal meningitis. Some atypical manifestations and a new diagnostic aid. (Zerebrospinalmeningitis. Einige atypische Manifestationen und ein neues diagnostisches Moment.) Interstate Med. Journ., 1913, Bd. XX, S. 795.

Bernard Bartow. Shoulder and arm paralysis of poliomyelitis. Humeral suspension from the acromion by interarticular silk ligaments. (Schulter- und Armlähmung nach Poliomyelitis. Suspension des Humerus am Akromion durch intraartikuläre Seidennähte.) New York Med. Journ., 1913, Bd. XCVII, S. 910.

C. Beck. Das Leedesche Scharlachphänomen. Klin.-therap. Wochenschrift, 1913, Bd. XX, S. 658.

Marcel Belin. De l'action des oxydants sur l'évolution des maladies infectieuses. Fièvre typhoide expérimentale. (Über die Wirkung der oxydierenden Substanzen auf die Entwicklung der Infektionskrankheiten. Experimenteller Typhus.) Cpt. rend. hebdom. d. séanc. de la soc. de biol., 1913, Bd. LXXV, S. 134.

A. Besredka. Vaccinations antityphiques. Bases expérimentales. (Vakzinebehandlung des Typhus; experimentelle Grundlagen.) Bull. de l'inst. pasteur, 1913, Bd. XI, S. 665, 705.

Walter Beyer. Über die intravenöse Anwendung des Diphtherieheilserums. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 1867.

J. Biernacki und **D. Dykes.** Fatal purpura following scarlet fever. (Tödliche Purpura nach Scharlach.) British Med. Journ., 1913, Nr. 2754, S. 903.

Charles Blanc. Croup diphtherique chez un garçon de dix mois, tubage, abscès rétropharyngien etc. (Diphtherischer Croup bei einem 10monatigen Knaben, Intubation, retropharyngealer Abszeß.) Rev. méd. de la Suisse Romande, Februar 1913.

Kurt Blühdorn. Ein Fall von Paratyphuserkrankung beim Brustkind durch Kontaktinfektion. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 80.

Phebe L. Du Bois. Differential diagnosis and treatment of epidemic cerebrospinal meningitis. (Differentialdiagnose und -behandlung der epidemischen Zerebrospinalmeningitis.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LX, S. 820.

Oreste Bonazzi. Alcune osservazioni sull' etiologia della parotite. (Einige Beobachtungen über die Ätiologie der Parotitis epidemica.) Bull. d. science med., 1913, Bd. LXXXIV, S. 501.

M. Brelet. L'aphasie dans la fièvre typhoide infantile. (Die Aphasie beim Kindertyphus.) Pédiatrie prat., 1913, Bd. XI, S. 290.

Britt. Sequelae of the eruptive fevers. (Nachfolgen der Exantheme.) Southern Med. Journ., September, 1913.

Harlow Brooks. Involvement of the ovary in epidemic parotitis. (Affektion des Ovariums bei epidemischer Parotitis.) Journ. of the Amer. med. Assoc., 1913, Bd. LX, S. 359.

Max Brückner. Über Scharlach. Schmidts Jahrbücher f. d. ges. Med., 1913, Bd. CCCXVIII, S. 14.

J. Bruno. Bestehen Beziehungen zwischen der spinalen Kinderlähmung (Poliomyelitis acuta) und Erkrankungen von Haustieren? Berliner tierärztl. Wochenschr., 1913, Bd. XXIX, S. 711.

L. Bruno. Ein Beitrag zur Ätiologie der spinalen Kinderlähmung. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 1995.

H. Busch. Kasuistischer Beitrag zur Ertaubung nach Scharlach-Otitis. Beiträge z. Anat., Physiol., Pathol. u. Therap. d. Ohres, d. Nase u. d. Halses, 1913, Bd. VI, S. 331.

William Butler. Measles. (Masern.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VI, S. 120.

L. Camus. A propos de la vaccination préventive contre la varicelle. (Über Schutzimpfung gegen Varizellen.) Soc. de Biol., Paris, 8. November 1913.

George H. Candler. An effective treatment for scarlatina. With notes upon symptomatology. (Eine wirksame Behandlung des Scharlachs. Mit Bemerkungen über die Symptomatologie.) Amer. Journ. of Clin. Med., 1913, Bd. XX, S. 236.

S. Cannata. La piastrine del sangue nella leishmaniosi infantile. (Die Blutplättchen bei Anämia Leishmania des Kindes.) Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 645.

Herbert M. Cargin und **T. Graham Shand.** The outdoor treatment of scarlet fever. (Die poliklinische Behandlung der Skarlatina.) Publ. health., 1913, Bd. XXVI, S. 327.

G. Caronia. Agglutinine e presipitine specifiche nella leishmaniosi infantile. (Spezifische Agglutinine und Präzipitine bei der Leishmaniosis der Kinder.) Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 641.
— Curve termiche nella leishmaniosi infantile. (Temperaturkurve bei der Kinderleishmaniosis.) Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 481.
— Sul potere complementare del siero di sangue nella leishmaniosi infantile. (Über das Komplementbindungsvermögen des Blutserums bei der Kinderleishmaniosis.) Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 583.
Chateau. Sur trois cas de scarlatine. (Über drei Scharlachfälle.) Ann. de méd. et chirurg. infant., 1913, Bd. XVII, S. 248.
Chevrel. A propos d'un cas d'infection paratyphoide du type B chez une enfant ayant eu précédemment une fièvre typhoide. Existe-t-il des relations d'immunité entre les infections typhoides et paratyphoides? (Über einen Fall von Paratyphus-B-Infektion bei einem Kinde, das vorher einen Typhus überstanden hatte. Gibt es Immunitätsbeziehungen zwischen Typhus und Paratyphus?) Progrès méd., 1913, Bd. XLIV, S. 439.
P. Clément, H. Rouèche und **Sorel.** Deux nouveaux cas de „réitérations" de scarlatine. (Zwei neue Fälle von Wiederholung des Scharlachs.) Méd. infant., 1913, Bd. XXI, S. 61.
Moritz Cohn. Masern und Schule. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. 1913, Bd. XXVI, S. 654, 723.
André Collin und **Gauchery.** Paralysie infantile à début méningé. (Kinderlähmung mit meningealem Anfange.) Paris méd., 1913, Bd. XXXIII, 167.
Joseph Collins und **W. O. Cliddon.** The treatment of acute chorea. (Die Behandlung der akuten Chorea.) Amer. Med., 1913, Bd. XIX, S. 405.
John Adams Colliver. A new preparalytic symptom of poliomyelitis. (Ein neues präparalytisches Poliomyelitissymptom.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LX, S. 813.
— Early symptoms of poliomyelitis with special reference to a new preparalytic symptom. (Frühsymptome der Poliomyelitis mit besonderer Berücksichtigung eines neuen präparalytischen Symptoms.) California State Journ. of Med., 1913, Bd. XI, S. 443.
Comby. Vaccinothérapie typhique. (Vakzinetherapie bei Typhus.) Soc. méd. des hôp., Paris, 28. November 1913.
Olimpio Cozzolino. Un cas de rheumatisme articulaire tuberculeux chronique chez une fillettte avec la symptomatologie de la maladie de Still. (Ein Fall von chronischem, tuberkulösem Gelenksrheumatismus bei einem Mädchen mit Symptomen Stillscher Krankheit.) Pédiatria prat., 1913, Bd. XI, S. 453; Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 401.
J. H. Crane. Rheumatism in children. (Rheumatismus bei Kindern.) Dublin Journ. of Med. Scienc., 1913, Bd. CXXXV, S. 169.
C. V. Craster. Analysis of one thousand cases of epidemic measles. (Analyse von 1000 Fällen epidemischer Masern.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. VI, S. 122.
Hans Gerhard Creutzfeldt und **Richard Koch.** Über Veränderungen in der Hypophysis cerebri bei Diphtherie. Virchows Archiv, 1913, Bd. CCXIII, S. 123.
G. di Cristina und **G. Caronia.** Ricerche serologiche nella leishmaniosi infantile. (Serologische Untersuchungen bei Kinderleishmaniosis. La Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 801.
H. J. Davis. Progressive bilateral deafness following epidemic cerebrospinal meningitis. (Progressive doppelseitige Taubheit im Anschluß an epidemische Zerebrospinalmeningitis.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VI, S. 68.
Konstantin Delyannis. Zur Frage der rationellen Erweiterung unserer heutigen Diphtheriebekämpfung. Wiener klin. Wochenschr., 1913, Bd. XXVI, S. 1389.

Max Deussen. Beitrag zur Epidemiologie der akuten epidemischen Kinderlähmung mit besonderer Berücksichtigung der rheinisch-westfälischen Epidemie 1909. Beiträge z. Klin. d. Infektionskrankheiten u. z. Immunitätsforsch., 1913, Bd. II, S. 1.

Albert Dollinger. Über Pneumokokkenmeningitis im Kindesalter. Dissertation, Leipzig, 1913 (Alexander Edelmann).

Maurice Dubois. Méningite colibacillaire aigue et curable chez le nourrisson: Contribution à l'étiologie des convulsions essentielles de la première enfance. (Heilbare, akute Kolimeningitis beim Säugling; Beitrag zur Ätiologie der essentiellen Konvulsionen der ersten Kindheit.) Scalpel et Liège méd., 1913, Bd. LXVI, S. 69.

Fritz Duneker. Generalisierte, postdiphtheritische Lähmung mit psychischer Lähmung mit psychischer Alteration. Arch. f. Orthopädie, 1913, Bd. XII, S. 270.

R. Dupérié. Les cellules d'irritation de Türk dans le sang des diphtériques avant et après le traitement sérique; leur provenance et leur signification; leurs variations au cours des accidents sériques et anaphylactiques. (Die Türkschen Irritationszellen im Blute der Diphtheriekranken vor und nach der Serumbehandlung; ihre Provenienz und ihre Bedeutung; ihre Veränderungen im Verlaufe der Serumkrankheit und der anaphylaktischen Erscheinungen.) Gazz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux, 1913, Nr. 11, S. 121.

J. Elgart. Zur Eukalyptusfrage bei Scharlach und Masern. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 1251.

Leonard W. Ely. Acute anterior poliomyelitis. (Poliomyelitis anterior acuta). Amer. practic., 1913, Bd. XLVII, S. 337.

Berta Erlanger. Über die Beziehungen zwischen Spasmophilie und Keuchhusten. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 473.

C. A. Ewald. Der Alkohol bei Infektionskrankheiten. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 1233.

Luigi Faeciolà. Sulla contagiosità della malaria e caso di contagio dalla madre al bambino lattante. (Über die Übertragbarkeit der Malaria und einen Fall von Übertragung von der Mutter auf den Säugling.) Tommasi, 1913, Bd. VIII, S. 324.

A. Fehér. Über Veränderungen der Knochen bei Infektionskrankheiten im Kindesalter. Virchows Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., 1913, Bd. CCXIII, S. 295.

Louis Fischer. Cerebrospinal meningitis in infancy — notes on the diagnosis and treatment. (Zerebrospinalmeningitis bei Kindern. — Bemerkungen über Diagnose und Behandlung.) Amer. Med., 1913, Bd. XIX, S. 390.

Simon Flexner. The results of the treatment in thirteen hundred cases of epidemic meningitis. (Die Resultate der Serumbehandlung in 1300 Fällen epidemischer Meningitis.) Journ. of exp. Med., 1913, Bd. XVII, S. 553.

Simon Flexner und **Hideyo Noguchi.** Experiments on the cultivation of the virus of poliomyelitis. (Versuche zur Kultivierung des Poliomyelitisvirus.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LX, S. 362; Journ. of exper. Med., Bd. XVIII, S. 461.

F. Fonzo. Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio di alcune complicazioni dell' infezione tifoidea nell' infanzia. (Klinischer und pathologisch-anatomischer Beitrag zum Studium einiger Komplikationen des Typhus in der Kindheit.) Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 595.

Edward Francis. Poliomyelitis (infantile paralysis). A report of an outbreak in Texarkana and vicinity. (Poliomyelitis, infantile Paralyse. Ein Bericht über eine Epidemie in Texarkana und Umgebung.) Publ. health rep. 1913, Bd. XXVIII, S. 1693.

Francis R. Fraser. A study of the cerebrospinal fluid in acute poliomyelitis. (Über die Zerebrospinalflüssigkeit bei akuter Poliomyelitis.) Journ. of exper. Med., 1913, Bd. XVIII, S. 242.

Movcha Geolkver. Étude statistique des méningitis observées chez les enfants à la clinique médicale de l'hôpital des Enfants-Malades en 1907—1912. Thèse de Paris, 1913, Nr. 215.

Jesse R. Gerstley. Die Beziehungen der Diät zu Verlauf, Blutbefund und Nephritis beim Scharlach. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 121.

F. Goubau. L'adénopathie trachéo-bronchique simple, suite de coqueluche. (Schwellung der tracheo-bronchialen Lymphdrüsen im Anschluß an Keuchhusten.) Ann. et bull. de la soc. de méd., de Gand, 1913, Bd. IV, S. 357.

A. E. Gow. Serum disease. (Serumkrankheit.) St. Bartholomew's hosp. Journ., 1913, Bd. XX, S. 174.

G. Gradenigo. La sordità nella meningite cerebro spinale. (Die Taubheit bei Meningitis cerebrospinalis.) Arch. ital. di otol., rinol. e laringol., 1913, Bd. XXIV, S. 265.

Emanuele Grande. Sul polso raro nella perotite epidemica. (Über Pulsverlangsamung bei Parotitis epidemica.) Riv. med., 1913, Bd. XXIX, S. 599.

C. Guelt. Éruption de cow-pox chez un enfant non-vacciné. (Ausbruch von Kuhpocken bei einem noch nicht geimpften Kinde.) Montpellier méd., 1913, Bd. XXXVII, S. 227.

Benzo Hada. Über die Gehirnkomplikationen des Keuchhustens mit besonderer Berücksichtigung der Pachymeningitis productiva interna. Virchows Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., 1913, Bd. CCXIV, S. 206.

Hans Hahn. Zur Klinik des Wundscharlachs. Monatsschr. f. Kinderheilkunde, 1913, Bd. XII, S. 233.

Harper. Bacillary dysentery in infants. (Bazilläre Dysenterie bei Säuglingen.) Southern Med. Journ., Oktober 1913.

P. Haushalter und **Jacquot.** Méningite subaigue à bacilles de Pfeiffer à la suite d'une paralysie spinale infantile. (Subakute Meningitis durch Pfeiffersche Bazillen nach spinaler Kinderlähmung.) Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 845.

Haushalter und **A. Rémy.** Statistique des méningites observées à la Clinique infantile de Nancy de 1895 à 1913 (sur les enfants d'un mois à douze ans). (Meningitisstatistik der Kinderklinik von Nancy in den Jahren 1895 bis 1913 (bei Kindern vom 1. Monat bis zu 12 Jahren). Soc. de méd. de Nancy, 15. Juli 1913, Nr. 14.

Charles M. Hazen. Anterior poliomyelitis; infantile spinal paralysis; polio-encephalimyelitis; acute central infections paralysis. Physical therapeutics. (Poliomyelitis anterior; spinale Kinderlähmung; Polioenzephalomyelitis; akute zentrale, infektiöse Paralyse. Physikalische Therapie.) New York Med. Journ., 1913, Bd. XCVIII, S. 81.

W. W. Herrick. A scarlatiniform rash from atophan. (Ein skarlatinöser Ausschlag nach Atophan.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LXI, S. 1376.

T. Shadick Higgins. The diphtheria bacillus and scarlatinal infection (Diphtheriebazillus und Scharlachinfektion). Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VI, S. 195.

H. Jastrowitz. Typhus und Masern, zugleich ein Beitrag zur Klinik des kindlichen Typhus. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 1673.

R. Jemma. L'anémie par leishmania. (Leishmaniosis.) Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 721.

Joaquin Aguilar Jordan. Relations pathogéniques entre les réactions méningées de la poliomyélite infantile et la maladie de Heine-Medin. (Pathogenetische Beziehungen zwischen den meningitischen

Erscheinungen der kindlichen Poliomyelitis und der Heine-Medinschen Krankheit.) Pédiatria prat., 1913, Bd. XI, S. 411.

M. Isabolinsky und **W. Legeiko.** Zur Frage über die Komplementbindungsreaktion bei Scharlach. Zentralbl. f. Bakteriol., Parasitenkunde u. Infektionskrankh., 1913, Bd. LXXI, S. 520.

H. G. W. Kellner. Der Verlauf einer Diphtherieepidemie unter den Schwachsinnigen der Alsterdorfer Anstalten in Hamburg im Jahre 1912. Zeitschr. f. Schwachsinn, 1913, Bd. VI, S. 479.

Béla Kertész. Eine interessante Scharlachepidemie. Pester med. chir. Presse, 1913, Bd. IL, S. 344.

S. R. Klein. Akuter Gelenkrheumatismus bei einem sechsjährigen Kinde. Allgem. Wiener med. Zeitung, 1913, Bd. LVIII, S. 312.

J. Koelichen und **J. Skodowski.** Encéphalite à évolution subaigue chez un garçon de neuf ans. (Enzephalitis mit subakuter Entwicklung bei einem neunjährigen Knaben.) Rev. neurol., 1913, Bd. XXI, S. 153.

P. H. Kramer. Mitteilungen über Scharlach. Nederl. tijschrd. v. geneesk., 1913, Bd. LVII, S. 729.

Martin Kretschmer. Über die Ätiologie des Scharlachs. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 11.

Lämmerhirt. Über zweimaliges Auftreten von Scharlach. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 1499.

C. Paget Lapage. Epidemic poliomyelitis. (Epidemische Poliomyelitis.) Med. chronicle, 1913, Bd. XXVI, S. 12.

Ch. Leclerc. Les complications tardives de la coqueluche et leur traitement hydrominéral. (Die späten Komplikationen des Keuchhustens und ihre Behandlung mit Mineralwasserkuren.) Gazz. des hôp., 1913, Bd. LXXXVI, S. 983.

C. St. Leede. Scarlet fever, diagnosis and complications. (Scharlach, Diagnose und Komplikationen.) Northwest med., 1913, Bd. V, S. 179.

S. Leopold. The polyneuritic form of acute poliomyelitis. A clinical and pathologic study. (Die polyneuritische Form der akuten Poliomyelitis. Eine klinische und anatomische Studie.) Amer. Journ. of the Med. Scienc., 1913, Bd. CXLVI, S. 406.

James Lindsay. Rheumatoid arthritis in children. (Rheumatoide Arthritis im Kindesalter.) Edinburgh med. Journ., 1913, Bd. X, S. 332.

Koloman Longauer. Spielen die Tonsillen bei Scharlach eine selbständige Rolle? Pester med.-chirurg. Presse, 1913, Bd. XLIX, S. 124.

O. Lorange. Scarlatina sine exanthemate et sine desquamatione. Norsk. Magazin f. Lägevidenskunde, 1913, Bd. LXXIV, S. 1076.

Ezio Luisada. „Fase die latenza galvanica" nella paralisi infantile. (Phase galvanischer Latenz bei der Kinderlähmung.) Gazz. med. lombarda, 1913, Bd. LXXIII, S. 122.

Wilhelm Lutz. Über Thrombenbildung bei Masern mit besonderer Beteiligung der Lungenarterien. Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 1566.

Ludwig Maier. Einfluß hygienischer Verhältnisse auf die Morbidität und Mortalität der Masernpneumonie. Münchener med. Wochenschrift, 1913, Bd. LX, S. 636.

F. B. Mallory. The pathological lesion of whooping cough. (Der pathologische Befund beim Keuchhusten.) Boston Med. and Surg. Journ., 1913, Bd. CLXIX, S. 375.

Paul Manasse. Scharlach und Ohr. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 59.

M. Manicatide. Der Komplementbindungsvorgang bei Keuchhusten. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VII, S. 226.

Léon Marchand, Gabriel Petit, Favet und **Caziot.** Poliomyélite aigue (syndrome de Landry) chez une jument. (Poliomyelitis acuta bei einer Stute.) Recueil de méd. vétérin, 1913, Bd. XC, S. 549.

Erich Martini. Über die Notwendigkeit gemeinverständlicher Belehrung bei Diphtheriegefahr. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 1645.

— Über Verwendung von Menschenblutserum für die Diphtheriebazillenkultur. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 1676.

Adorno Massimi. La macchie di Koplik nel morbillo. (Die Koplikschen Flecken bei Morbillen.) Riv. med., 1913, Bd. XXI, S. 127.

M. Massini. Über die diagnostische Bedeutung der Döhleschen Leukozyteneinschlüsse für die Scharlachdiagnose. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 1729.

Mello-Leitao. Flagellate dysentery in children. (Flagellatenruhr bei Kindern.) Brit. Journ. of Childr. Dis., 1913, Bd. X, S. 60.

E. Merle. Guérison d'un cas de tétanos traité par la sérothérapie intrarachidienne. (Heilung eines Falles von Tetanus mit intralumbaler Seruminjektion behandelt.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1913, Bd. XXIX, S. 406.

Gottlieb Merkl. Bazillenträger bei Diphtherie. Zentralbl. f. Bakteriol., 1913, Bd. LVII, S. 136.

E. Mey. Klinisches und Anatomisches aus der Scharlachpathologie. Petersburger med. Zeitschr., 1913, Bd. XXXVIII, S. 87.

Emanuele Mondolfo. Contributo alla sieroterapia intensiva della difterite. (Beitrag zur intensiven Serumtherapie der Diphtherie.) Morgagni, 1913, Bd. LV, S. 276.

Montagnon. Tétanos chez un enfant de quatorze ans, guérison. (Tetanus bei einem vierzehnjährigen Kinde, Heilung.) La Loire méd., 1912, Nr. 6, S. 193.

Nestor Morales. Croup difterico. (Diphtherischer Croup.) Rev. de bacteriol. e hig., Juni 1913.

Luis Morquio. Meningitis cerebro-spinal. (Meningitis cerebrospinalis.) Rev. de los hosp., Juni 1913.

John Lovett Morse. Whooping-cough, a plea for more efficient public regulations relative to the control of this most serious and fatal disease. (Keuchhusten; eine Anregung zu wirksameren, öffentlichen Maßnahmen zur Einschränkung dieser äußerst ernsten und tödlichen Krankheit.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LX, S. 1677.

Archibald Mc Neil. Complement fixation test for gonorrhea. (Komplementbindungsreaktion bei Gonorrhöe.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 657.

Netter. États méningés et poliomyélite épidémique. (Meningeale Zustände und epidemische Poliomyelitis.) Soc. méd. des hôp., Paris, 14. November 1913.

Arnold Netter. Vaccinothérapie dans la fièvre typhoïde. (Vakzinetherapie bei Typhus.) Soc. méd. des hôp., Juli 1913.

Netter und **Ribadeau-Dumas.** La poliomyélite à manifestations choréiformes. (Poliomyelitis mit choreiformen Symptomen.) I. Congrès des Pédiatrics de Langue française. Paris, 3. und 4. Oktober 1913.

A. Netter und **L. Ribadeau-Dumas.** Les manifestations choréiformes dans la poliomyélite. (Die choreiformen Symptome bei Poliomyelitis.) Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 881.

Charles Nicolle und **A. Conor.** Vaccinothérapie dans la coqueluche. (Vakzinebehandlung bei Keuchhusten.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de l'acad. des scienc., 1913, Bd. CLVI, S. 1849.

P. Nobécourt. Les syndrômes myocarditiques au cours des infections aigues chez les enfants. (Die myokardischen Syndrome bei den Infektionskrankheiten der Kinder.) Journ. de méd. de Paris, 1913, Bd. XXXIII, S. 459.

Nobécourt. Syndromes myocarditiques dans les infections aigues. (Myokardische Syndrome bei den akuten Infektionskrankheiten.) Pédiatrie prat., 1913, Bd. XI, S. 193.

Ogan. Cerebrospinal meningitis. New York Med. Journ., 13. September 1913.

Harry A. Ong. The serum treatment of epidemic cerebrospinal meningitis. Report of cases. (Serumbehandlung bei epidemischer Zerebrospinalmeningitis.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 781.

Archer O'Reilly. Treatment of anterior poliomyelitis. (Behandlung der Poliomyelitis anterior.) Journ. of the Missouri State Med. Assoc., 1913, Bd. IX, S. 327.

M. Perrin und **A. Remy.** La coqueluche dans les deux premiers mois de la vie. (Der Keuchhusten in den ersten beiden Lebensmonaten.) Rev. méd. de l'est., 1913, Bd. XLV, S. 703.

Edwin H. Place. Present mortality of diphtheria; causes and their prevention. (Gegenwärtige Sterblichkeit bei Diphtherie: Ursachen und Verhütung.) Providence Med. Journ., 1913, Bd. XIV, S. 181.

G. Poelchau. Über die Notwendigkeit der Bekämpfung der Masern durch die Schule. Klin.-therapeut. Wochenschr., 1913, Bd. XX, S. 805.

Richard Pollak. Über einen Fall von Diphtherie nach Durchstechen der Ohrläppchen. Wiener klin. Wochenschr., 1913, Bd. XXVI, S. 1306.

Pietro Porcelli. Etiologia della pertosse; studi sperimentali. (Ätiologie der Pertussis; experimentelle Studien.) Riv. di clin. pediatria, 1913, Bd. XI, S. 481.

F. J. Poynton. Rheumatism in childhood. (Rheumatismus im Kindesalter.) Practitioner, 1913, Bd. XC, S. 389.

Kornel Preisich. Studie zur Ätiologie des Scharlachs. Virchows Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., 1913, Bd. CCXIII, S. 507.

F. C. Pridham. Chicken-pox during intrauterine life. (Varizellen während des intrauterinen Lebens.) Brit. Med. Journ., 1913, Nr. 2733, S. 1054.

Frederick Proescher. Poliomyelitis and variola. A discussion of their etiology. (Poliomyelitis und Variola, eine Diskussion über ihre Ätiologie.) New York Med. Journ., 1913, Bd. XCVII, S. 741.

F. Reiche. Diphtherie und soziale Lage. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 1330.

— Reinfektionen mit Diphtherie. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 1668.

— Über Herpes facialis bei Diphtherie. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 1407.

A. Remy. Rechute de la scarlatine; deux observations. (Scharlachrückkehrfälle; 2 Beobachtungen.) Rev. méd. de l'est, 1913, Bd. XLV, S. 470.

J. D. Rolleston. Pathological specimen: diphtheria of the oesophagus. (Pathologische Demonstration: Ösophagus-Diphtherie.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VI, S. 188.

— The treatment of diphtheria bacillus carriers with bouillon cultures of staphylococcus pyogenes aureus. (Behandlung der Diphtheriebazillenträger mit Bouillonkulturen von St. pyog. aureus.) Brit. Journ. of Child., 1913, Bd. X, S. 298.

Paul Römer und **Paul Viereck.** Beiträge zur Behandlung und zum Wesen der Diphtherielähmung. Zentralbl. f. Bakteriol., 1913, Bd. LVII, S. 104.

A. P. Ch. Roubaud. Des gangrènes cutanées dans la fièvre typhoide. (Hautgangrän bei Typhus.) Thèse de Paris, 1912, Nr. 262.

H. Rouèche. Traitement et prophylaxie de la rougeole. (Behandlung und Prophylaxe der Masern.) Journ. de méd. de Paris, 1913, Bd. XXXIII, S. 441; Med. infant., 1913, Bd. XXI, S. 153.

S. Samelson. Über eine seltene Komplikation des Kindertyphus. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 117.

F. Sano. Considérations cliniques sur la méningite cérébro-spinale épidémique. (Klinische Betrachtungen über die epidemische Zerebrospinalmeningitis.) Journ. de neurol., 1913, Bd. XVIII. S. 101.

Franz Sauer. Beiträge zur Epidemiologie und Therapie des Keuchhustens in den letzten 100 Jahren. Dissertation, Bonn, 1913 (Hch. Trapp).

H. P. Sawyer. Three unusual cases of diphtheria from a carrier. (Drei seltene Diphtheriefälle durch einen Bazillenträger.) Albany med. ann., 1913, Bd. XXXIV, S. 285.

W. A. Sawyer und **W. B. Herms.** Attemps to transmit poliomyelitis by means of the stable-fly (stomoxys calcitrans). (Versuche, die Poliomyelitis durch die Stallfliege — Stomoxys calcitrans — zu übertragen.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LXI. S. 461.

Max Schatzmann. Untersuchungen über die Hämatologie der Variola und der Vakzine. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1913. Bd. XLIII, S. 1515.

Schick. Spezifische Therapie der Diphtherie. Zentralbl. f. Bakteriol., 1913, Bd. LVII, S. 16.

Erwin Schlesinger. Über die Farbe des Harns und die Urobilinurie bei Scharlach. Dissertation, Berlin, 1913 (Ebering).

Heinrich Schopohl. Beitrag zur Bekämpfung der Diphtherie in Schulen beziehungsweise Erziehungsanstalten. Vortrag. Berlin, Veröff. Med. Verwaltung, 1913, Bd. II, S. 35.

Franz Schrammen. Weitere Untersuchungen über Diphtheriebazillenträger in einem Kölner Schulbezirk. Zeitschr. f. Medizinalbeamte, 1913, Bd. XXVI, S. 485.

Georges Schreiber. La sérothérapie dans la scarlatina. (Serotherapie bei Scharlach.) Paris méd., 1913, Bd. XXXV, S. 220.

— Les réflexes dans la poliomyelité. (Reflexe bei Poliomyelitis.) Pédiatria prat., 1913, Bd. XI, S. 135.

Georges Schreiber und **d'Allaines.** De la réaction d'urine et de quelques autres symptômes du stade aigue de la paralysie infantile. (Harnreaktion und andere Symptome des akuten Stadiums der Kinderlähmung.) Bull. de la soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 439.

Schultz. Über eine katastrophale Klassenepidemie von Diphtherie. Über den Einfluß der Schule auf die Ausbreitung der Diphtherie und Maßregeln zur Bekämpfung der Diphtherie. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1913, Bd. XXVI, S. 705, 788.

Erich Seligmann. Aus der Praxis der Diphtheriebekämpfung. Zentralblatt f. Bakteriol., 1913, Bd. LVII, S. 147.

— Die Gefahr der Diphtheriebazillenträger. Zeitschr. f. Medizinalbeamte, 1913, Bd. XXVI, S. 611.

— Zur Verbesserung der Diphtheriediagnostik. Hyg. Rundschau. 1913, Bd. XXIII, S. 978.

G. E. Senzi. Alcune considerazioni cliniche et epidemiologiche relative ad un' epidemia di morbillo. (Klinische und epidemische Betrachtungen über eine Masernepidemie.) Riv. med., 1913. Bd. XXI. S. 75, 93.

Edward Affleck Sharp. The differential diagnosis between acute epidemic poliomyelitis and affections having poliomyelitis syndromes. (Die Differentialdiagnose zwischen akuter epidemischer Poliomyelitis und Affektionen mit poliomyelitischen Syndromen. Interstate med. Journ., 1913, Bd. XX, S. 824.

Georg Sobernheim. Epidemiologie und Prophylaxe der Diphtherie. Zentralbl. f. Bakteriol., 1913, Bd. LVII, S. 36.

Sörensen. Über konservativ behandelte periaurikulare, subperiostale Abszesse bei Scharlach. Therap. Monatsh., 1913, Bd. XXVII. S. 568.

L. M. Spolverini. Contributo allo studio della leishmaniosi infantum. (Beitrag zum Studium der Leishmaniosis des Kindes.) Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 659.

Friedrich Wilhelm Strauch. Systematische Jodpinselung des Rachens zur Beseitigung von Diphtheriebazillen. Therap. d. Gegenwart, 1913, Bd. LIV, S. 390.

N. S. Sympson. Pneumococco peritonitis occurring during parotitis without any lesion being discovered in the abdomen. (Während einer Parotitis aufgetretene Pneumokokkenperitonitis ohne anderweitige Erkrankung des Abdomen.) Ind. med. gaz., 1913, Bd. XLVIII, S. 107.

Pierre Teissier und **Pierre Gastinel.** Les réactions humorales dans la vaccine humaine ou expérimentale et dans la variole (réactions d'infection, réactions d'immunité). (Die Serumreaktionen bei der menschlichen oder experimentellen Vakzine und bei Variola. Infektionsreaktionen, Immunitätsreaktionen.) Rev. internat. de la vacc., 1913, Bd. III, S. 353.

Cuthbert Thompson. Black measles; report of case. (Schwarze Masern; Bericht über einen Fall.) Louisville monthly Journ. of Med. and Surg., 1913, Bd. XX, S. 97.

H. Letheby Tidy. A case of tetanus treated with intraspinal injections of magnesium sulphate. (Ein Fall von Tetanus, mit intraspinalen Injektionen von Magnesiumsulfat behandelt.) Brit. Med. Journ., 1913, Nr. 2734, S. 1104.

M. Tièche. Epidemiologisches und Experimentelles über Variola und Vakzine. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, Bd. XLIII, S. 737, 779 und 810.

Tissier und **Brumpt.** A propos d'un cas de paludisme congénital. (Über einen Fall von kongenitaler Malaria.) Arch. mensuelles d'obstétr. et de gynécol., 1913, Bd. XVIII, S. 166.

Tridon. De la fréquence des péritonites gonococciques chez les enfants atteints de vulvite. (Über die Häufigkeit der Gonokokkenperitonitis bei Kindern, die an einer Vulvitis erkrankt sind.) Bull. méd., 1913, Bd. XXVII, S. 379.

Julius Urszinyi. Erfolgreiche Therapie des Scharlachs mittels präventiver Rachenspülungen während der Inkubationszeit. Pester med.-chirurg. Presse, 1913, Bd. XLIX, S. 245.

Variot, H. Grenet und **H. Dumont.** Observations sur la vaccinothérapie de la fièvre typhoide. (Über Vakzinetherapie des Typhus.) La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 648.

Victor Veau. Kyste hydactique du cul-de-sac de Douglas adhérent à la vessie, chez un enfant des sept ans. (Echinokokkus des Douglas, der Blase adhärent, bei einem Kinde von 7 Jahren.) Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris, 1913, Bd. XXXIX, S. 1014.

Félix Veintemillas. Infession o fiebre pseudo tifoidica o sea la tifoidea en La Paz. (Pseudotyphus respektive Typhus in La Paz.) Thèse de La Paz., 1913.

Louis Verdelet. A propos de quelques cas de kystes hydatiques chez l'enfant. (Einige Fälle von Echinokokken bei Kindern.) Gaz. hebdom. des scienc. méd., 1913, Bd. XXXIV, S. 207; Presse méd., 1913, Bd. XXI, S. 302.

Vincent. Réflexions sur la vaccinothérapie de la fièvre typhoide. (Über Vakzinetherapie bei Typhus.) La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 657.

Roger Voisin und **Henri Stévenin.** La méningite à pneumocoques. (Pneumokokkenmeningitis.) Gaz. des hôp., 1913, Bd. LXXXVI, S. 5 und 53.

E. Voelckel. Über das Nachweisverfahren der Diphtheriebazillen nach von Drigalski und Bierast. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 1883.

Wagon. Un cas de leishmaniose cutanée traité par l'arsénobenzol. (Ein Fall von Leishmaniosis, durch Arsenobenzol behandelt. Soc. de pathol. exotique, Paris, 12. November 1913.

Norman H. Walker. The treatment of scarlet fever by streptococcal vaccines. (Scharlachbehandlung mit Streptokokkenvakzine.) Public. health., 1913, Bd. XXVI, S. 130.

de Walsche. La rubéole. (Rubeola.) Clin. (Bruxelles), 1913, Bd. XXVII, S. 289.

S. Wassermann. Beitrag zur Therapie des Keuchhustens. Therapeut. Monatsh., 1913, Bd. XXVII, S. 723.

Mathieu-Pierre Weil. La déviation du complément vis-à-vis du bacille de Bordet et Gengou dans la coqueluche. (Die Komplementablenkung gegenüber dem Bordet-Gengouschen Bazillus beim Keuchhusten.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc., 1913, Bd. LXXIV, S. 260.

— Le diagnostic bactériologique de la coqueluche. (Die bakteriologische Diagnose des Keuchhustens.) Sem. méd., 1913, Bd. XXXIII, S. 181.

P.-Emile Weil. Vaccinothérapie de la fièvre typhoide chez l'enfant. (Vakzinetherapie bei Typhus.) La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 642.

B. Weill-Hallé und **P. P. Lévy.** Sur la prophylacie de la diphthérie. (Über Prophylaxe bei Diphtherie.) Paris méd., 1913, Bd. XXXV, S. 226.

E. Weill, G. Mouriquand und **Ch. Gardère.** Note sur la pneumonie dans la rougeole. (Über Pneumonie bei Masern.) Lyon méd., 1913, Bd. XLV, S. 868.

W. Wernstedt. Der Leukozytengehalt des Blutes während des akuten (febrilen) Poliomyelitisstudiums. Allmänna Svenska Läkartidn., 1913, Bd. X, S. 395.

G. Willführ. Über die Bedeutung der Bazillenträger für die Verbreitung übertragbarer Krankheiten. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med., 1913, Bd. XLVI, S. 142.

Wilson. The treatment of diphtheria and diphtheria carriers. (Behandlung der Diphtherie und der Diphtherieträger.) New Orleans Med. and Surg. Journ., September 1913.

Samuel M. Wilson. Whooping cough. Its treatment with a vaccine. (Die Behandlung des Keuchhustens mit einem Vakzin.) New York Med. Journ., 1913, Bd. XCVII, S. 823.

Chas. E. Woodruff. Curing diphtheria carriers with staphylococci. (Behandlung von Diphtheriebazillenträgern mit Staphylokokken.) Amer. Med., 1913, Bd. XIX, S. 442.

Yakovlev. La vaccination comme moyen de traitement de la coqueluche chez les enfants en bas âge. (Vakzinetherapie zur Behandlung des Keuchhustens bei jungen Kindern.) Semaine méd., 15. April 1913, S. 186.

— Transmissoin expérimentale de la rougeole. (Experimentelle Übertragung von Masern.) Rev. générale. Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 935.

Tuberkulose.

André-Thomas. Syndrome de Benedikt chez un enfant, tubercule probable. (Syndrom von Benedikt beim Kind, Wahrscheinlichkeit eines Tuberkels.) Rev. neurol., 1913, Bd. XXI, S. 430.

Charles S. Bacon. The essentials of sanatorium treatment of tuberculous gravidae and puerperae and their children. (Die Wichtigkeit einer Heilstättenbehandlung der tuberkulösen Schwangeren und Wöchnerinnen und deren Kinder.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LXI, S. 750.

George N. Biggs. A case of tubercular disease of the ear. (Ein Fall von tuberkulöser Erkrankung des Ohres.) Brit. Journ. of Childr. Dis., 1913, Bd. X, S. 264.

Luigi Caforio. La diagnosi di tuberculosi mediante l'anafilassi sierotubercolinica in vitro. (Die Tuberkulosediagnose durch Anaphylaxie in vitro.) Gaz. internaz. di med. chir., 1913, Bd. XXVII, S. 630.

S. Cannata. L'indice opsonico del siero di sangue di bambini tubercolotici rispetto a varii stipiti di bacillo tubercolare. (Der opsonische Index des Blutserums bei tuberkulösen Kindern in Beziehung zu den verschiedenen Stämmen der Tuberkelbazillen.) La Pediatr., 1913, Bd. XXI, S. 823.

Abdel-Hamid-el-Chafei. Pleurésies purulentes tuberculeuses de l'enfant. (Tuberkulöse Pleuritis purulenta beim Kinde.) Thèse de Paris, 1913, No. 216.

G. di Cristina. Osservazioni e ricerche sulla tuberculosi infantile nel comune di Palermo. (Beobachtungen und Untersuchungen über die Kindertuberkulose in der Gemeinde Palermo.) Ann. di clin. med., 1913, Bd. III, S. 53.

Charles Greene Cumston. A report of two cases of tuberculose mesenteric glands of the cecal region. (Ein Bericht über 2 Fälle von tuberkulösen Mesenterialdrüsen der Zökalregion.) Boston med. and Surg. Journ., 1913, Bd. CLXVIII, S. 201.

H. Deist. Beitrag zur Frage der Bedeutung der Perlsuchtbazillen für die Tuberkulose des Kindes. Beitr. z. Tuberkulose, 1913, Bd. XXVII, S. 389.

Armand Delille. La morbidité tuberculeuse chez les enfants vivant au contact des parents tuberculeux. (Die Tuberkulosemorbidität der Kinder, welche mit ihren tuberkulösen Eltern zusammenleben.) Bull. méd., 1912, No. 60.

E. Doumer. Les arthrites tuberculeuses. (Die tuberkulösen Gelenkerkrankungen.) Ann. d'électro-biol. et de radiol., 1913, Bd. XVI, S. 361.

E. G. Dresel. Beitrag zur Statistik der Tuberkulosesterblichkeit in Baden. Veröffentl. d. Robert Koch-Stiftung z. Bekämpf. der Tuberkulose, 1913, Bd. VIII/IX, S. 32.

Eckert. Indikation und Technik der Tuberkulinkuren im Kindesalter. Therap. Monatsh., 1913, Bd. XXVII, S. 720.

J. H. Elliott. Tuberculosis in childhood. (Tuberkulose im Kindesalter.) Amer. Med., 1913, Bd. XIX, S. 412.

E. Emrys-Roberts. The portals of entry of the tubercle bacillus, especially in childhood. (Die Eintrittspforten des Tuberkelbazillus besonders im Kindesalter.) Brit. Med. Journ., 1913, Nr. 2718, S. 210.

G. Fairise und **F. Rauch.** Un cas de méningite tuberculeuse hémorrhagique chez un poupon. (Ein Fall von hämorrhagischer tuberkulöser Meningitis bei einem Säugling.) Ann. de méd. et chir. infant., 1913, Bd. XVII, S. 387.

C. Fairise und **A. Rémy.** Un cas de méningite tuberculeuse hémorrhagique chez un nourrisson. (Ein Fall von tuberkulöser hämorrhagischer Nephritis bei einem Säugling.) Soc. de méd. Nancy, 12. März 1913.

Gennaro Fiore. La tubercolosi dei centri nervosi anatomicamente dimostrata guaribile (con una osservazione inedita). (Die Tuberkulose der nervösen Zentralorgane durch anatomische Untersuchungen als heilbar dargestellt; mit einer unveröffentlichten Beobachtung.) Riv. di clin. pediatr., 1913, Bd. XI, S. 321.

Ferdinando Fonzo. Diagnosi precoce della tuberculosi infantile, a mezzo dei raggi Röntgen. (Frühdiagnose der Kindertuberkulose durch Röntgenstrahlen.) Gaz. internaz. di med. chir., 1913, Nr. 23, S. 530.

John Fraser. A study of the types of organism in a series of bone and joint tuberculosis of children. (Studie über die Mikroorganismentypen in einer Reihe von Knochen- und Gelenktuberkulosen bei Kindern.) Brit. Med. Journ., 1913, Nr. 2728, S. 760.

A. Ghon. Zur Tuberkulose der Kinder. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat., 1913, Bd. XXIV, S. 394; Verhandl. d. Deutschen path. Ges., 1913, S. 172.

Robert M. Green. Tuberculous osteomyelitis of the digits. (Tuberkulöse Osteomyelitis der Finger.) Boston Med. a. surg. Journ., 1913, Bd. CLXVIII, S. 797.

F. Hamburger. Die kindliche Tuberkulose im Lichte neuerer Forschung. Klin. therap. Wochenschr., 1913, Bd. XX, S. 1024.

Haulteoeur. De la tuberculose de l'enfant du premier âge et de sa prophylaxie. (Tuberkulose und Tuberkuloseprophylaxe beim Säugling.) Thèse de Paris, 1913.

Haushalter und **A. Remy.** Tuberculose pulmonaire chronique chez un enfant avec crises passagères d'hématurie et d'albuminurie. (Chronische Lungentuberkulose bei einem Kinde mit vorübergehenden Anfällen von Hämaturie und Albuminurie.) Rev. med. de l'est, 1913, Bd. XLV, S. 687.

Alfred F. Hess. Report of a group of infants infected by a tuberculous attendant. (Bericht über eine Gruppe von Kindern, welche durch eine tuberkulöse Wärterin angesteckt wurden.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LX, S. 1617.

L. Emmett Holt. Tuberculosis acquired trough ritual circumcision. (Tuberkulose durch die rituelle Zirkumzision übertragen.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LXI, S. 99.

Hutinel. Tubercule encéphalique. (Hirntuberkel.) Pédiatr. prat., 1913, Bd. XI, S. 316.

Jaubert. Sur la cure solaire et marine de la péritonite tuberculeuse. (Sonnen- und Seekur bei tuberkulöser Peritonitis.) 1. Congrès des Pédiatr. de Langue franç., Paris, 3. und 4. Oktober 1913.

Artur von Konschegg und **Richard Lederer.** Beiträge zur Klinik und Pathologie der Lungentuberkulose beim Säugling. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 140.

F. Kraus. Korrelative Vegetationsstörungen und Tuberkulose. Zeitschr. f. Tuberkulose, 1913, Bd. XIX, S. 417.

Richard Lederer. Beiträge zur Klinik und Pathologie der Lungentuberkulose beim Säugling. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 211.

Pierre Lereboullet. Appendicite chronique et tuberculose chez l'enfant. (Chronische Appendizitis und Tuberkulose beim Kinde.) Pédiatr., 1912, Nr. 11, S. 161.

Charles Leroux. La localisation initiale de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant et son évolution par étapes vers le sommet. (Erste Lokalisation der Lungentuberkulose und ihre Entwicklung in Etappen nach der Spitze zu.) Arch. de méd. d. entf., 1913, Bd. XVI, S. 641.

Salvatore Maggiore. Forme cliniche della infezione tubercolare nei lattanti. (Klinische Formen der tuberkulösen Infektion bei Säuglingen.) Ann. di clin. med., 1913, Bd. III, S. 109.

Dora Mantoux. La tuberculose des nourrissons, formes cliniques. (Die Tuberkulose der Säuglinge; klinische Formen.) Nourrisson, 1913, Bd. I, S. 261.

C. Mauro. Sulla diffusione della tubercolosi fra gli scolari nel commune di Palermo. (Über die Verbreitung der Tuberkulose unter den Gemeindeschülern von Palermo.) Gaz. internaz. di med. chir., 1913, S. 79.

O. Medin. Contribution à la connaissance des voies d'accès de la tuberculose chez les enfants dans la première année de la vie. (Beitrag zur Kenntnis der Eintrittspforten der Tuberkulose bei Kindern

im ersten Lebensjahre.) Arch. de méd. d. enf., 1913, Bd. XVI, S. 912.

Joh. Nietner. Die moderne Bekämpfung der Lungentuberkulose unter den Kindern. Internat. Arch. f. Schulhyg., 1913, Bd. IX, S. 198.

D'Oelsnitz. Posologie de la cure solaire dans les affections tuberculeuses de l'enfance. (Posologie der Sonnenkur bei tuberkulösen Erkrankungen im Kindesalter.) I. Congrès des Pédiatries de Langue franç., Paris, 3. und 4. Oktober 1913.

J. Oraison. Trois cas de tuberculose rénale chirurgicale chez l'enfant. (Drei Fälle chirurgischer Nierentuberkulose beim Kinde.) Journ. d'urol., 1913, Bd. IV, S. 15.

P. van Pée. Les premiers signes de la tuberculose pulmonaire chez le nourrisson. (Die ersten Zeichen der Lungentuberkulose beim Säugling.) Scalpel et Liège méd., 1913, Bd. LXVI, S. 185 u. 201.

Jay Perkins. Child welfare and tuberculosis. (Kinderwohlfahrt und Tuberkulose.) Providence med. Journ., 1913, Bd. XIV, S. 163.

M. Perrin. Tuberculose transmise à deux enfants par du sable contaminé. (Tuberkuloseübertragung auf 2 Kinder durch verunreinigten Sand.) Rev. méd. de l'est, 1913, Bd. XLV, S. 369.

Peters. Über den Einfluß der verschiedenen Grade der erblichtuberkulösen Belastung auf die allgemeine Körperbeschaffenheit der Volksschulkinder. Med. Klin., 1913, Bd. IX, S. 786.

John Priestley. Tuberculosis during school life, its prevalence; the means of detection. (Die Häufigkeit der Tuberkulose während des Schullebens und die Mittel ihrer Erkennung.) Internat. Arch. f. Schulhyg., 1913, Bd. IX, S, 244.

Eric Pritchard. Tuberculosis in children. (Tuberkulose bei Kindern.) Practitioner, 1913, Bd. XC, S. 280.

I. Pujador. La lumière à benzine dans le diagnostic de la méningite granuleuse et autres maladies de l'enfance. (Das Benzintaschenfeuerzeug in der Diagnose der tuberkulösen Meningitis und anderer Kinderkrankheiten.) Clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 267.

G. Repaci. Contributo alla questione dell' eredità tubercolare. Un caso di tuberculosi miliare in un lattante morto al 39° giorno dopo la nascita. (Beitrag zur Frage der Erblichkeit der Tuberkulose. Ein Fall von Miliartuberkulose bei einem am 39. Tage nach der Geburt gestorbenen Säugling.) Riv. die clin. pediatr., 1913, Bd. XI, S. 251.

J. G. Rey. Über die medikamentöse Behandlung der Kindertuberkulose und des Keuchhustens. Therap. d. Gegenwart, 1913, Bd. LIV, S. 397.

P. Reyher. Über die Beziehungen der orthotischen Albuminurie zur Tuberkulose. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 82.

L. Ribadeau-Dumas. Albert Weil und **Maingot.** Étude radiologique de la tuberculose pulmonaire du nourrisson. (Radiologische Studien über die Lungentuberkulose des Säuglings.) Journ. de méd. interne, 1913, Bd. XVII, S. 42.

E. Rist und **M. d'Oelsnitz.** Un cas de tuberculose pulmonaire caséeuse primitive circonscrite chez l'enfant. (Ein Fall von umschriebener primärer käsiger Lungentuberkulose beim Kinde.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1913, Bd. XXIX, S. 239.

John Ritter. The pathogenesis of the glandular or secondary form of infantile tuberculosis, clinical importance, etiology factors, prophylactic measures, its favorable prognosis and rational treatment. (Die Pathogenese der sekundären oder Drüsenform der kindlichen Tuberkulose, ihre klinische Bedeutung und ätiologischen Faktoren, prophylaktische Maßnahmen, ihre günstige Prognose und zweckmäßige Behandlung.) Illinois Med. Journ., 1913, Bd. XXIII, S. 58.

H. L. Rocher. Tuberculose diaphysaire des deux radius chez une fillette de trois ans. (Diaphysentuberkulose des rechten und linken Radius bei einem dreijährigen Mädchen.) Journ. de méd. de Bordeaux, 1912, Nr. 42, S. 669.

Paul Rohmer. Die kindliche Tuberkulose im Lichte neuerer Forschung. Klin.-therap. Wochenschr., 1913, Bd. XX, S. 829.

Humbert Rollett. Über intrauterine miliare Tuberkulose. Wiener klin. Wochenschr., 1913, Bd. XXVI, S. 1274.

G. Ronzoni. Contributo alla diffusione della tuberculosi nella prima età. (Beitrag zur Verbreitung der Tuberkulose in der ersten Kindheit.) Tuberculosi, 1913, Bd. VI, S. 3.

Hermann Schlesinger. Ein Fall von vermutungsweise diagnostizierter Pylorustuberkulose in Form eines submukösen Wandabszesses. Mitteilungen der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde, 1913, Bd. XII, S. 165.

Arthur Schloßmann. Über Diagnostik und das Versagen der Diagnostik bei der Tuberkulose im frühen Kindesalter. Zeitschr. f. Tuberkulose, 1913, Bd. XXI, S. 166.

Maurice Ségard. Étude sur la tuberculose ganglio-pulmonaire chez l'enfant. Thèse de Paris, 1913, Nr. 224.

— La tuberculose du nourrisson. (Die Säuglingstuberkulose.) Rev. internat. de la tuberculose, 1913, Bd. XXIII, S. 405.

Herman B. Sheffield. Clinical interpretation of chronic abdominal enlargement in children, with especial reference to a new differential sign between rachitis and tuberculous peritonitis. (Klinische Deutung chronischer Vergrößerung des Abdomens bei Kindern mit besonderer Erwähnung eines neuen differentialdiagnostischen Kennzeichens zwischen Rachitis und tuberkulöser Peritonitis. Med. rec., 1913, Bd. LXXXIV, S. 382.

G. Stoicescu. Contribution à l'étude de la défense de l'organisme contre l'infection tuberculeuse. (Beitrag zum Studium der Abwehr des Organismus gegen die tuberkulöse Infektion.) Rev. internat. de la tuberculose, 1913, Bd. XXIV, S. 5.

William A. Stoops. A case of tuberculous peritonitis in a child. (Ein Fall von tuberkulöser Peritonitis bei einem Kinde.) Physician and Surg., 1913, Bd. XXXV, S. 213.

Gustav Stutz. Beitrag zum Thema: Tuberkulose und Gravidität (Sterilisation). Zeitschr.f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1913, Bd. LXXIII, S. 397.

André Thèves. Tuberculose à foyers et séquestres multiples. (Tuberkulose mit multiplen Herden und Sequestern.) Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 921.

A. H. Tubby. Surgical tuberculosis in children, with suggestions as to a method of treatment. (Chirurgische Tuberkulose im Kindesalter und Vorschläge zu deren Behandlung.) Lancet, 1913, Bd. CLXXXV, S. 137.

Vandeputte. Effects cliniques de la paratoxine dans la tuberculose pulmonaire de l'enfance. (Klinische Wirkungen des Paratoxins bei der Lungentuberkulose des Kindesalters.) Rev. méd. de méd. et de chirurg., 1913, Bd. XI, S. 57.

E. Vollmer. Über Kinderheilstätten und Seehospize im Kampfe gegen die Tuberkulose. Fortschritte d. Med., 1913, Bd. XXXI, S. 105.

H. von Winiwarter. Essai de chémotherapie de la tuberculose. (Über Chemotherapie der Tuberkulose.) Scalpel, 1913, 9. März.
Philipps (Antwerpen).

Willy Wolff. Zur ambulatorischen Tuberkulinbehandlung der Skrofulose und kindlichen Tuberkulose. Arch. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LX bis LXI, S. 789.

I. O. Woodruff. Radiographic studies of the chest in tuberculous meningitis. (Radiographische Beobachtungen der Brust bei Meningitis tuberculosa.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 659.

Benno M. Wronker. Papulo-necrotic tuberculides in infants. (Papulonekrotische Tuberkulide bei Säuglingen.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. V, S. 447.

William Zeuner. Zur Chemie der Tuberkulose und Skrofulose. Zeitschr. f. Tuberkulose, 1913, Bd. XX, S. 398.

Travaux récents sur les maladies des voies respiratoires et la tuberculose infantile 1912—1913. (Neue Arbeiten über die Krankheiten der Respirationswege und die Kindertuberkulose 1912 bis 1913.) Méd. infant., 1913, Bd. XXI, S. 165.

Syphilis.

Kenneth D. Blackfan. S. T. Nicholson jr. und **T. Wistar White.** A study of the Wassermann reaction in one hundred infants. (Eine Studie über die Wassermannsche Reaktion bei 100 Säuglingen.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. VI, S. 162.

A. Bonnet-Laborderie. Traitement, par la paracentèse d'urgence, de l'asphyxie immédiate des nouveau-nés syphilitiques, atteints d'ascite. (Behandlung syphilitischer, asphyktisch geborener Kinder, die mit Aszites behaftet sind, mittels Punktion.) Rev. prat. d'obsétr. et de gynécol., 1913, Bd. XXI, S. 275.

C. H. Browning und **H. F. Watson.** Paroxysmal haemoglobinuria, its relation to syphilis, especially in the light of the Wassermann reaction. (Paroxysmale Hämoglobinurie und ihre Beziehungen zur Syphilis unter spezieller Berücksichtigung der Wassermannschen Reaktion.) Internat. clin., 1913, Bd. II, S. 111.

J. L. Bunch. Two cases of hereditary syphilis treated by intravenous injections of salvarsan and neo-salvarsan. (2 Fälle kongenitaler Lues mit Salvarsan und Neosalvarsan behandelt.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VI, S. 173.

Williams B. Cadwalader und **E P. Corson-White.** The relation of syphilis to progressive muscular dystrophy. (Die Beziehung der Syphilis zur progressiven Muskeldystrophie.) Med. record., 1913, Bd. LXXXIII, S. 1033.

H. L. Mc Carthy. The diagnosis of congenital syphilis. (Die Diagnose der angeborenen Syphilis.) Practitioner, 1913, Bd. XC, S. 624.

Peter Clemenz. Syphilis bei Schwachsinnigen. Zeitschr. f. Schwachsinn, 1913, Bd. VI, S. 273.

E. P. Copeland. Cases of congenital syphilis. (Fälle von kongenitaler Syphilis.) Virginia med. semi-monthly, 1913, Bd. XVIII, S. 176.

Alb. Delcourt. Anorexie et hérédo-syphilis. (Anorexie und Syphilis hereditaria.) La Pathol. infant., 1913, Nr. 4, S. 61.

James Donelan. Case of congenital syphilis with intranasal lesions. (Ein Fall von angeborener Syphilis mit intranasalen Läsionen.) Laryngol. sect., 1913, S. 116.

Dupérié. Persistance du spirochète de Schaudinn dans les viscères d'un nouveau-né dont la mère a reçu durant la gestation une injection intraveineuse de 606. Infection associée à spirochète pâle et à streptocoque pyogène. (Persistenz der Schaudinnschen Spirochaeta in den Organen eines Neugeborenen, dessen Mutter während der Schwangerschaft eine intravenöse Injektion von Salvarsan erhalten hatte. Mischinfektion von Spirochäten und Streptococcus pyogenes.) Soc. anatomo-clinique de Bordeaux, 10. Februar 1913.

R. Dupérié. Pneumococcie associée à l'hérédo-syphilis précoce du nourrisson. (Pneumokokkensepsis bei hereditärer Syphilis des Säuglings.) Gaz. hebdom. des scienc. méd. de Bordeaux, 1913, Bd. XXXIV, S. 193.

— Spirochètes pâles dans les viscères d'un nouveau-né dont la mère a reçu pendant la gestation une injection intra-veineuse de 606. Septicémie à streptocoques chez un nourrisson hérédo-syphilitique. (Spirochaeta pallida in den Organen eines Neugeborenen, dessen Mutter während der Schwangerschaft eine intravenöse Injektion von 606 erhalten hat. Streptokokkensepsis bei einem syphi-

litischen Neugeborenen.) Gaz. hebdom. de scienc. méd. de Bordeaux, 1913, Bd. XXXIV, S. 87.

Clemente Ferreira. Nouvelle contribution à l'étude de la valeur diagnostique du signe de Sisto dans l'hérédo-syphilis infantile. (Beitrag zum Studium des diagnostischen Wertes des Sistoschen Zeichens bei Syphilis hereditaria im Kindesalter.) Arch. latino-americanos de Pediatria, November/Dezember 1912.

A. Galliot. La syphilis de l'enfant et son traitement par le salvarsan. (Syphilis beim Kinde und ihre Behandlung durch Salvarsan.) Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 892.

C. G. Grulee und **A. M. Moody.** Lange's colloidal gold chlorid test on the cerebrospinal fluid in congenital syphilis. (Langes kolloidale Goldchloridreaktion für Zerebrospinalflüssigkeit bei kongenitaler Syphilis.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LXI. S. 13.

L. Emmett Holt. The Wassermann reaction in hereditary syphilis, in congenital deformities and in various other conditions in infancy. (Die Wassermannsche Reaktion bei hereditärer Syphilis bei kongenitalen Mißbildungen und verschiedenen anderen Zuständen im Säuglingsalter.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. VI, S. 166.

Kellner. Die Beziehungen der Erbsyphilis zur Idiotie und Epilepsie. Zeitschr. f. d. Erforschung u. Behandlung d. jugendl. Schwachsinns, 1913, Bd. VI, S. 343.

J. Lemeland und **H. Brisson.** Étude sur les résultats observés à la clinique Tarnier par l'emploi du salvarsan et du néo-salvarsan chez les femmes enceintes, chez les femmes en couches et chez l'enfant nouveau-né. (Studie über die in der Clinique Tarnier bei Anwendung von Salvarsan und Neosalvarsan an Schwangeren, Wöchnerinnen und Neugeborenen gemachten Erfahrungen.) Arch. mensuelles d'obstétr. et de gynécol., 1913, Bd. XVIII, S. 113, 256.

Levy. The manifestations of syphilis in infancy and childhood. (Syphilis im Kindesalter.) New Jersey Med. Society Journ., September 1913.

William Palmer Lucas. Note on the importance of the Wassermann reaction from a prognostic as well as a diagnostic standpoint. (Wichtigkeit der Wassermannschen Reaktion für die Prognose und Diagnose.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 747.

Enrico Mensi. L'applicazioni del metodo clinico-biologico alla diagnosi precoce della sifilide ereditaria in rapporto alla presenza delle ghiandole linfatiche epitrocleari. (Anwendung der klinisch-biologischen Methode zur Frühdiagnose der Syphilis hereditaria in Beziehung zum Vorhandensein der epitrochlearen Lymphdrüsen.) La Pediatria, 1913, Bd. XI, S. 881.

— La reazione di Wassermann e il Salvarsan nella sifilide ereditaria. (Die Wassermannsche Reaktion und das Salvarsan bei Syphilis hereditaria.) Gaz. degli osp. e delle clin., 1913, Bd. XXXIV, S. 1032.

Erich Müller. Zur Therapie und Klinik der Lues congenita. Therap. Monatsh., 1913, Bd. XXVII, S. 706.

Marcel Nathan. Rétrécissement mitral chez un hérédo-syphilitique. (Verengerung der Mitralklappe bei einem kongenital-syphilitischen Kinde.) Bull. de la soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, Bd. XV, S. 371.

Sydney A. Owen. Syphilitic diseases of joints and bones in childhood, their differential diagnosis from the medical standpoint. Syphilitische Erkrankungen der Gelenke und Knochen im Kindesalter, ihre Differentialdiagnose vom Standpunkte des Internisten. West London Med. Journ., 1913, Bd. XVIII, S. 91.

Papinio Pennato. La reazione di Wassermann nel brefotrofio. Die Wassermannsche Reaktion in der Findelanstalt.) Tommasi, 1913, Bd. VIII, S. 233.

G. Poppi. La diagnosi precoce dell' eredosifilide nei brefotrofi. (Die Frühdiagnose der Syphilis in den Findelhäusern.) Riv. di clin. pediatr., 1913, Bd. XI, S. 421.

Robert Riehl. Über einen Fall von Urticaria pigmentosa bei einem hereditär-luetischen Kinde. Wiener med. Wochenschr., 1913, Bd. LXIII, S. 2565.

Robson und **Odgers.** Polyarthritis due to congenital syphilis. (Polyarthritis infolge kongenitaler Syphilis.) Brit. Journ. of Chil. Dis., 1913, Bd. X, S. 358.

Berthe Sabin. De la réaction de Wassermann dans la syphilis post-conceptionelle tardive. Discussion de la loi de Profeta. (Wassermannsche Reaktion bei postkonzeptioneller Spätsyphilis.) Thèse de Paris, 1913.

J. Sabrazès und **R. Dupérié.** Nouvelles contributions à l'étude anatomo-pathologique et microbiologique de l'hérédo-syphilis des nourrissons. (Neue Beiträge zum pathologisch-anatomischen und mikroskopischen Studium der hereditären Syphilis der Säuglinge.) Gaz. hebdom. des scienc. méd. de Bordeaux, 1913, Bd. XXXIV, S. 233, 243, 255, 267, und 279.

C. Sauvage. De l'emploi du salvarsan chez les femmes enceintes syphilitiques. (Salvarsanbehandlung bei schwangeren syphilitischen Frauen.) Ann. de gynécol. et d'obstétr., 1913, Bd. XL, S. 49 und 91.

Louis Seoffier. L'arséno-benzol chez la femme enceinte et les nourrissons dans le traitement de l'hérédo-syphilis. (Arsenobenzol bei Schwangeren und Säuglingen zur Behandlung der Syphilis hereditaria.) Thèse de Paris, 1912, Nr. 199.

J. Sevestre. Le sang et les organes hématopoiétiques (principalement moelle osseuse) dans la syphilis héréditaire des enfants du Ier âge. (Das Blut und die blutbildenden Organe [besonders das Knochenmark] bei Syphilis hereditaria der Kinder im ersten Lebensjahr.) Thèse de Paris, 1913.

J. W. Simpson und **Lewis Thatcher.** The treatment of congenital syphilis by salvarsan. (Die Salvarsanbehandlung der kongenitalen Syphilis.) Brit. Med. Journ., 1913, Nr. 2748, S. 534.

G. Variot. Étude pratique de la syphilis héréditaire. (Praktische Studie über Syphilis hereditaria.) La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 705.

F. Wesener. Über die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion bei der Verwendung von Ammen. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 446.

Siegfried Wolff. Salvarsanbehandelte Mütter und ihre Kinder. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 1199.

Zirkulationsapparat.

J. Amaudrut. Deux observations d'aortite rhumatismale, avec dilatation de la portion ascendante de la crosse de l'aorte chez l'enfant. Examen radioscopique. (Zwei Beobachtungen über Rheumatismus-Aortitis mit Erweiterung des aufsteigenden Teiles des Aortenbogens beim Kinde. Radioskopische Untersuchung.) La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 675.

Ch. Aubertin und **M. Parvu.** La chorée du coeur. (Chorea des Herzens.) La Presse méd., 1913, S. 69.

Murray H. Bass und **H. Wessler.** Heart size and heart function in children showing orthostatic albuminuria: an orthodiagraphic study. (Herzgröße und Herzfunktion bei Kindern mit orthostatischer Albuminurie. Eine orthodiagraphische Studie.) Arch. of internat. Med., 1913, Bd. XI, S. 403.

H. Bertlich. Thrombose des Sinus cavernosus bei einem 5 Monat alten Säugling. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 1135.

Germain Blechmann. Les épanchements du péricarde. La ponction épigastrique de Marfan. (Die Herzbeutelergüsse. Die epigastrische

Punktion.) Ann. de méd. et chirurg. infant., 1913, Bd. XVII, S. 417.

Fritz Breuning. Über den Wert der Herzgrößenbestimmung für die Diagnose der Klappenfehler im Kindesalter nebst einer Kritik der Ferndurchleuchtung zu diesem Zwecke. Dissertation, München, 1913 (H. Kutzner).

Edmund Cautley. The prognosis of heart disease in children. (Prognose der Herzkrankheiten im Kindesalter.) Amer. Med., 1913, Bd. XIX, S. 348.

Charles Hunter Dunn. Cardiac disease in childhood, with special reference to prognosis. (Herzkrankheiten im Kindesalter mit besonderer Berücksichtigung der Prognose.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. VI, S. 104.

Raoul Dutholt. Un cas de péricardite purulente à bacille de Cohen chez un enfant de 6 mois. (Eitrige Perikarditis durch den Bazillus Cohen bei einem sechsmonatigen Kinde.) Pédiatr. prat., 1913, Bd. XI, S. 503; Clinique, 1913, Bd. XXVII, S. 561.

F. Fonzo. Sul comportamento degli amminoacidi nelle cardiopatie infantili. (Das Verhalten der Aminosäuren bei Herzerkrankungen der Kinder.) La Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 828.

Hutinel. Asphyxie symétrique des extrémités. (Die symmetrische Asphyxie der Extremitäten.) Pédiatr. prat., 1913, Bd. XI, S. 405.

— Les oedèmes des nourrissons. (Ödeme bei Säuglingen.) Journ. des prat., 1912, Nr. 27.

Hans Jensen. Ein Cor biloculare. Dissertation, Gießen, 1913 (O. Kindt).

Nobécourt. La cyanose dans les affections congénitales du coeur chez les enfants. (Die Zyanose bei den kongenitalen Herzaffektionen der Kinder.) Pédiatrie prat., 1913, Bd. XI, S. 77.

— L'appareil circulatoire chez l'enfant. (Der Zirkulationsapparat im Kindesalter.) Pédiatrie prat., 1913, Bd. XI, S. 1.

P. Nobécourt. Les pericardites aigues chez les enfants. (Akute Perikarditis im Kindesalter.) Journ. de méd. de Paris, 1913, Bd. XXXIII, S. 383.

— Péricardites chroniques et symphyses du péricarde chez les enfants. (Chronische Perikarditis und Obliteration des Perikards bei Kindern.) Journ. de méd. de Paris, 1913, Bd. XXXIII, S. 719.

J. F. I. Poynton. Discussion on affections of the heart in childhood. (Diskussion über die Herzaffektionen im Kindesalter.) Brit. Med. Journ., 1913, Nr. 2752, S. 785.

Poynton. The prevention of heart disease in the young. (Die Verhütung von Herzkrankheiten in der Kindheit.) Brit. Med. Journ., 1913, Nr. 2743, S. 197.

William Rolland. A case of extopia cordis. (Ein Fall von Ektopie des Herzens.) Brit. Med. Journ., 1913, Nr. 2742, S. 121.

José Verocay. Contributo alla casistica dell' atresia congenita dell' aorta in prossimità del dutto arterioso del Botallo. (Beitrag zur Kasuistik der angeborenen Aortenatresie in der Nähe des Ductus arteriosus Botalli.) Pathologica, 1913, Bd. V, S. 35.

E. Wieland. Demonstrationen aus dem Gebiete der angeborenen Herzfehler. Korrespondenzbl. d. Schweizer Ärzte, 1913, Bd. XLIII, S. 1043.

Respirationsorgane.

Arneth. Über die Behandlung der akuten Bronchitis, Bronchiolitis und Bronchopneumonie bei Säuglingen und jungen Kindern, speziell mit heißen Bädern. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 1868.

Felix Bauer. Über Lungenblähung bei alimentärer Intoxikation. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 498.

J. Findley Bell. Special points of interest in pneumonia in infancy and childhood. (Besonders wichtige Punkte bei Kinder- und Säuglingspneumonie.) Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 582.

E. Bonnaire und **G. Durante.** Le poumon ombilical. (Vom infizierten Nabel ausgehende Lungenläsionen.) Presse méd., 1913, Bd. XXI, S. 553.

L. M. Bonnet. Gangrène pulmonaire chez un nourrisson. (Lungengangrän bei einem Säugling.) Lyon méd., 1913, Bd. CXX, S. 1348.

Bouthière und **P. Nevière.** Bruit de marteau et bruit de clapotis synchrone aux battements du coeur dans une cavité interlobaire chez un enfant. (Hammergeräusche und Plätschergeräusche synchron mit dem Herzschlage in einer interlobären Höhle bei einem Kinde.) Pédiatrie, 1912, Nr. 11, S. 165.

Brown. Pleurisy of children. (Pleuritis bei Kindern.) Mississippi Med. Monthly, September 1913.

S. Cannata. Contributo statistico e clinico alla pleurite purulenta nell' infanzia. (Statistischer und klinischer Beitrag zur Pleuritis purulenta in der Kindheit.) La Pediatria, 1913, Bd. XI, S. 896.

Dubois. Respiration artificielle chez le jeune enfant. Méthode de Ssokolow. (Künstliche Atmung beim jungen Kinde.) Scalpel, 8. Dezember 1912. Philipps (Antwerpen).

Julien Ernoul. Contribution à l'étude de l'oedème aigu primitif du larynx chez l'enfant. (Beitrag zum Studium des primären, akuten Larynxödems beim Kinde.) Thèse de Paris, 1913.

— Diagnostic et traitement de l'oedème aigu primitif du larynx chez l'enfant. (Diagnose und Behandlung des primären, akuten Larynxödems beim Kinde.) Méd. pratic., 1913, Bd. IX, S. 453.

Vincenzo Fragale. Tentativi di opoterapia specifica nelle polmoniti dei bambini. (Versuche einer spezifischen Opotherapie bei Pneumonie der Kinder.) Gaz. internaz. de med., chirurg., 1913, Nr. 20, S. 457.

Rowland Godfrey Freeman. Pneumonia in infancy. (Pneumonie im Kindesalter.) Amer. Med., 1913, Bd. XIX, S. 433.

Fuller. Pneumonia in children. (Pneumonie bei Kindern.) Iowa State Med. Soc. Journ., September 1913.

Galdiz. La laryngite aigue primitive simple des enfants. (Die einfache akute, primäre Laryngitis der Kinder.) Arch. internat. de laryngo., d'otol. et rhinol., 1913, Bd. XXXV, S. 701; Pédiatrie prat., 1913, Bd. XI. S. 445,

L. Emmett Holt. The siphon treatment of empyema in infants and young children compared with other measures. — a study of 154 cases. (Die Siphonbehandlung des Empyems bei Säuglingen und kleinen Kindern, im Vergleich mit anderen Behandlungsmethoden — Studie über 154 Fälle.) Amer. Med., 1913, Bd. XIX, S. 381.

Hutinel. Pleurésie à liquide opalescent. (Pleuritis mit opaleszierendem Erguß.) Pédiatrie prat., 1913, Bd. XI, S. 207.

— Pneumonie des enfants (pneumonie franche aigue), ses particularités cliniques, les difficultés de son diagnostic. (Pneumonie bei Kindern (akute kruppöse Pneumonie), ihre klinischen Besonderheiten und diagnostischen Schwierigkeiten.) Journ. de méd. et de chirurg., 1913, Bd. VIII, S. 125.

Max Kassowitz. Über chronisches Asthma der Rachitiker. Wiener klin. Wochenschr., 1913, Bd. XXVI, S. 380.

Milhit. Diagnostic et traitement des pleurésies de l'enfance. (Diagnose und Behandlung der Pleuritis im Kindesalter.) Pédiatrie prat., 1913, Bd. XI, S. 332, 351.

D'Oelsnitz. Du pneumothorax provoqué par ponction exploratrice de la plèvre et du poumon chez le jeune enfant. (Erzeugung eines Pneumothorax durch Probepunktion der Pleura und Lunge beim

jungen Kinde.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1913, Bd. XXIX, S. 224; La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 549.

Francis W. Peabody. The oxygen content of the blood in lobar pneumonia. (Der Sauerstoffgehalt des Blutes bei der lobären Pneumonie.) Journ. of exper. Med., 1913, Bd. XVIII, S. 7.

Pescher. L'entraînement respiratoire par le spiroscope. (Die Erziehung zur Atmung durch das Spiroskop.) I. Congrès des Pédiatrie de Langue française, Paris, 3. und 4. Oktober 1913.

Yvonne Pouzin. Empyème à pneumocoques chez un enfant agé de sept semaines. (Empyem durch Pneumokokken bei einem siebenwöchentlichen Kinde.) Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 850.

Mario Reano. La pleurite ne lattanti. (Pleuritis beim Säugling.) Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 588.

David Riesmann. A lobar form of bronchopneumonia of long duration, occuring in children and young adults. (Eine lobäre Form der Bronchopneumonie von langer Dauer bei Kindern und jugendlichen Erwachsenen.) Amer. Journ. of the Med. Scienc., 1913, Bd. CXLVI, S. 313.

H. Rietschel. Bronchotetanie, Bronchialasthma und asthmatische Bronchitis. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 261.

Rouèche. Traitement de la pneumonie infantile. (Behandlung der kindlichen Pneumonie.) Méd. infant., 1913, Bd. XXI, S. 92.

M. Savariaud. Les pleurésies purulentes chez l'enfant, leur traitement chirurgical. (Eitrige Pleuritis beim Kinde und ihre chirurgische Behandlung.) Journ. de méd. de Paris, 1913, Bd. XXXIII, S. 499.

Eric Bellingham Smith. Asthma in children. (Asthma bei Kindern.) Practitioner, 1913, Bd. XC, S. 924.

P. L. Sutherland und **A. A. Jubb.** Chronic pneumococcal infection of the lungs in children. (Chronische Pneumokokkeninfektion der Lungen bei Kindern.) Brit. Med. Journ., 1913, Nr. 2735, S. 1156.

Abraham Zingher. A case of bilateral empyema thoracis treated by successive rib resection. ((Bilaterales Thoraxempyem. Behandlung durch Rippenresektion.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 684.

Fritz Zybell. Das Empyem im Säuglingsalter. Ergebnisse d. inneren Med., 1913, Bd. XI, S. 611.

Blut und blutbildende Organe.

Theodore Ambrose. Splenic anaemia and splenectomy. (Anaemia splenica und Splenektomie.) Austral. Med. Gaz., 1913, Bd. XXXIII, S. 173.

P. F. Armand-Delille. Les facteurs urbains de l'anémie chlorotique des nourrissons et son traitement préventif. (Städtische Faktoren der chlorotischen Anämie der Säuglinge und ihre Präventivbehandlung.) Rev. mens. de gynécol., d'obstétr. et de Pédiatrie, 1913, Bd. VIII, S. 102.

Audebert und **Etchevery.** De la tension artérielle pendant la montée du lait. (Blutdruck während des Einschießens der Milch.) Bull. de la soc. d'obstétr. et gynécol., 1913, Nr. 3, S. 309.

P. Balard. Le pouls et la tension artérielle de l'enfant et du nouveau-né. (Puls und arterieller Blutdruck des Kindes und des Neugeborenen.) Gaz. des hôp., 1913, Bd. LXXXVI, S. 837.

H. J. Bing und **H. Windelöw.** Blutzuckerbestimmungen bei Kindern. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. IX, S. 64.

M. Brelet. Chlorurémie et azotémie chez les nourrissons. (Chlorämie und Azetämie bei Säuglingen.) Gaz. des hôp., 1913, Bd. LXXXVI, S. 1018.

G. Caronia. Sopra un caso di anemia perniciosa (aplastica) in un lattante. (Über einen Fall von aplastischer, perniziöser Anämie bei einem Säugling.) La Pediatria, 1913, Bd. XI, S. 908.

G. di Cristina. Ulteriori osservazioni sull' anemia splenica infantile con speciale riguardo alla etiologia ed alla patogenesi. (Betrachtungen über kindliche Anaemia splenica mit besonderer Berücksichtigung der Ätiologie und Pathogenese.) La Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 748.

Emanuel. Splenis anaemia in an infant. (Anaemia splenica bei einem Kinde.) Birmingham med. rev., 1913, Bd. LXXIII, S. 25.

Etchewers. De la tension artérielle pendant la montée du lait. (Blutdruck während des Einschießens der Milch.) Thèse de Toulouse, 1912, Nr. 37.

Hans Hahn. Über die erfolgreiche Behandlung von hämophilen Blutungen mittels des Thermokauters. Münchener med. Wochenschrift, 1913, Bd. LX, S. 971.

Hubert Heyter. Kasuistische Beiträge zur Hämophilie. Mitteil. a. d. Hamburger Staatskrankenhaus, 1913, Bd. XIV, S. 9.

Francis Huber. Acute lymphatic leukemia. (Akute lymphatische Anämie.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 805.

Le Grand Kerr. The rational treatment of the hemorrhagic affections of children. (Die rationelle Behandlung hämorrhagischer Erkrankungen bei Kindern.) Amer. Med., 1913, Bd. XIX, S. 396.

Labbé. Anémie pernicieuse et néphrite. (Perniziöse Anämie und Nephritis.) Soc. méd. des hôp., Paris, 28. November 1913.

E. Lenoble. Quatre variétés de maladies hémorragiques avec purpura. (Vier Abarten hämorrhagischer Erkrankungen mit Purpura.) Arch. des mal. du coeur des vaiss. et du sang., 1913, Bd. VI, S. 313.

Max Loewenstein. Zur Kenntnis der Leukämie im Kindesalter. Dissertation, Berlin, 1913 (H. Blanke).

O. Meyrich. Über Blutuntersuchungen an Kindern. Veröff. d. Inst. f. exper. Pädiatrie, 1913, Bd. IV, S. 92.

Hildegard Perls. Blutuntersuchungen bei rachitischen Kindern. Dissertation, Berlin, 1913 (Schade).

Edwin Reinhardt. Über Arsentherapie bei Anämien. Mitteil. a. d. Hamburger Staatskrankenanstalt, 1913, Bd. XIV, S. 51.

Georg Wolff. Über einen Fall von schwerer Säuglingsanämie (Anaemia pseudoleucaemica infantum) durch Typhus abdominalis. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VIII, S. 406.

Lymphatischer Apparat.

H. Abrand. Valeur de ce qu'on appelle „facies adénoidien". Nécessité de changer cette dénomination. (Bedeutung des sogenannten „facies adenoidalis". Notwendigkeit, diese Bezeichnung zu ändern.) Bull. de la soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 509.

Giovanni Airale Arico. Il comportamento della tonsilla faringea in alcune intossicazioni ed infezioni. (Das Verhalten der Rachentonsille bei einigen Intoxikationen und Infektionen.) Pathologica, 1913, Bd. V, S. 455.

Hugh T. Ashby. The cause of enlarged tonsils and adenoids in children and their treatment with lymphatic gland extract. (Die Ursache der Vergrößerung von Tonsillen und Adenoiden bei Kindern und deren Behandlung mit Lymphdrüsenextrakt.) Brit. Med. Journ., 1913, Nr. 2735, S. 1159.

M. Brelet. Un cas de fièvre ganglionnaire. (Ein Fall von Drüsenfieber.) Pédiatrie prat., 1913, Bd. XI, S. 505.

Aug. Broca. Des adénites chez les enfants. (Adenitis beim Kinde.) Rev. prat. d'obstétr. et de pédiatrie, 1913, Bd. XXVI, S. 193.

Joseph A. Capps. Epidemic streptococcus sore throat, its symptoms, origin and transmission. (Die epidemische Streptokokkenangina: ihre Symptome, ihr Ursprung und ihre Übertragung.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LXI, S. 723.

H. M. Mc Clanahan. Why does the operation for removal of adenoids frequently fail to relieve mouth breathing? (Warum mißlingt es so oft durch Entfernung der Adenoide die Mundatmung zu erleichtern?) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 727.

Coolidge and **Carland.** The removal of adenoids and tonsils in children. (Entfernung der Adenoide und Tonsillen.) Boston Med. and Surg. Journ., 28. August 1913.

M. H. Gordon. On a fatal illness in children associated with acute interstitial parotitis. (Über eine tödliche Erkrankung bei Kindern mit dem Befunde akuter interstitieller Parotitis.) Lancet, 1913, Bd. CLXXXV, S. 275.

Anna Goslar. Das Verhalten der lymphozytären Zellen in den Gaumenmandeln vor und nach der Geburt.) Zieglers Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allgem. Pathol., 1913, Bd. LVI, S. 405.

Carl Kassel. Zur konservativen Behandlung der Mandeln. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 1161.

Theodor von Mutschenbacher. Wie behandelt man skrofulöse Halslymphdrüsen. Berliner Klinik, 1913, Bd. XXV, S 300.

L. Ribadeau-Dumas, Albert Weill und **Samet.** Radiographie et radiothérapie de l'adénopathie médiastine. (Radiographie und Radiotherapie der Mediastinalerkrankungen.) Bull. de la soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 442.

J. D. Rolleston. A case of fatal hemorrhage from the throat. (Fall von tödlicher Hämorrhagie vom Larynx ausgehend.) The Brit. Journ. of Child., Dis., Februar 1913.

H. de Stella. La fièvre ganglionnaire. (Das Drüsenfieber.) Ann. et bull. de la soc. de méd. de Gand., 1913, Bd. IV, S. 342.

Leucémie lymphatique aigue infantile. (Lymphatische kindliche Leukämie.) Revue. générale Arch. de méd. des enfants, 1913. Bd. XVI, S. 775.

Innere Sekretion.

Albrecht. Zur Frage der inneren Sekretion der Mamma. 15. Vers. d. deutschen Gesellsch. f. Gynäkol. in Halle, 14. bis 17. Mai 1913.

Theodor Bauer und **Hans Wassing.** Zur Frage der Adipositas hypophysarea. (Basophiles Adenom der Hypophyse.) Wiener klin. Wochenschr., 1913, Bd. XXVI, S. 1236.

Bérard. A propos du traitement de la maladie de Basedow chez les enfants. (Zur Behandlung der Basedowschen Krankheit beim Kinde.) Lyon méd., 1913, Bd. CXX, S. 985.

Braillon und **Brohan.** Accidents respiratoires graves par hypertrophie du thymus chez un nourrisson de 11 jours; radiothérapie; guérison. (Schwere Atmungsstörungen durch Thymushypertrophie bei einem Säugling von elf Tagen; Radiotherapie; Heilung.) Soc. méd. d'Amiens, 1. Oktober 1913.

A. J. Carlson. The correlation between the physiological state of the thyroid of the mother and of the fetus. (Die Beziehungen zwischen dem physiologischen Verhalten der Thyreoidea der Mutter und des Fötus.) Proceed. of the Soc. for exper. Biol. and Med., 1913. Bd. X, S. 185.

André Crotti. Thymic tracheostenosis and thymus death, with report of cases. (Trachealstenose durch Thymushypertrophie und Thymustod; Bericht über einige Fälle.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LX, S. 571.

Edward P. Davis. Thymus death in the new-born, with report of a case. (Thymustod beim Neugeborenen mit Bericht über einen Fall. Amer. Journ. of Obstetr., 1913, Bd. LXVII, S. 888.

Walter F. Dearborn. Formen des Infantilismus mit Berücksichtigung ihrer klinischen Unterscheidung. Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandlung d. jugendl. Schwachsinns, 1913, Bd. VI, S. 491.

Th. Dieterle, L. Hirschfeld und **R. Klinger.** Studien über den endemischen Kropf. 1. Epidemiologischer Teil. 2. Experimenteller Teil. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 1813.

Frederic Fenger. On the iodine and phosphorus contents, size and physiological activity of the fetal thyroid gland. (Über den Jod- und Phosphorgehalt, die Größe und die physiologische Aktivität der fötalen Schilddrüse.) Journ. of biol. chem., 1913, Bd. XIV, S. 397.

Alfred Friedlander. The diagnosis and treatment of enlarged thymus. (Diagnose und Behandlung der Thymushyperplasie.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. VI, S. 38.

Carl Hart. Thymusstudien. 3. Die Pathologie der Thymus. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., 1913, Bd. CCXIV, S. 1.

Wagner von Jauregg. Über chirurgische Behandlung des Hypothyreoidismus. Wiener klin. Wochenschr., 1913, Bd. XXVI, S. 1532.

Karl Kolb. Gelingt es mittels der Abderhaldenschen Fermentreaktion den Nachweis eines persistierenden oder hyperplastischen Thymus zu führen? Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 1642.

N. Krasnogorski. Ein Beitrag zum Studium des Baues der kongenitalen Strumen. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., 1913, Bd. CCXIII, S. 152, 500.

Jacob Levy. Über das Verhalten der Nebennieren bei Hydrozephalus congenitus. Dissertation, Berlin 1913 (Blanke).

Julius Löwy. Zur Kenntnis des Morbus Addisonii. Deutsches Arch. f. klin. Med., 1913, Bd. CX, S. 373.

T. Luzzatti. Contributo al trattamento radioterapico dell' ipertrofie del timo — asma timico. (Beitrag zur radiotherapeutischen Behandlung der Thymushypertrophie — Asthma thymicum.) Riv. osp., 1913, Bd. III, S. 689.

Henry Lowness Lynah. Tracheal obstruction due to thymus gland. (Trachealobstruktion durch die Thymusdrüse.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 680.

F. Mirz. Über den Einfluß der Nebennieren auf das Wachstum. A medicina vontempor, 1913, Bd. XXXI, S. 260.

John Lovett Morse. A case of abnormal physical and sexuel development in an infant of two years, probably due to a tumor of the spinal gland. (Ein Fall von abnormer physischer und sexueller Entwicklung bei einem 2jährigen Kinde, vermutlich auf Grund eines Tumors der Zirbeldrüse.) Arch. of pediatr., 1913, Bd. XXX, S. 179.

George R. Murray. Some aspects of internal secretion in disease. (Einige Gesichtspunkte der inneren Sekretion bei Krankheiten.) Brit. Med. Journ., 1913, Nr. 2743, S. 163.

Ad. Oswald. Die Schilddrüse und ihre Rolle in der Pathologie. (Kropf, Kretinismus, Myxödem, Morbus Basedowii, benigner Hypothyreoidismus usw.) Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte, 1913, Bd. XLIII, S. 675.

C. J. Parhon. Quelques considérations sur l'importance des fonctions endocrines pendant la vie embryonnaire et foetale et sur leur rôle dans l'organogenèse. (Einige Betrachtungen über die Bedeutung der inneren Sekretion im embryonalen und fötalen Leben und ihren Einfluß auf die Organogenese.) Presse méd., 1913, Bd. XXI, S. 794.

Perez-Montaut. Über Thymustod bei kleinen Kindern. Frankfurter Zeitschr. f. Pathol., 1913, Bd. XIII, S. 249.

S. Pern. Some congenital abnormalities of the thyroid gland. (Einige kongenitale Abnormitäten der Schilddrüse.) Austral. med. Journ., 1913, Bd. II, S. 101.

Fritz Poensgen. Beitrag zur Frage der Wechselbeziehungen zwischen Thymus, Schilddrüse und lymphatischem System. Med. Klin., 1913, Bd. IX, S. 1504.

P. Reckzeh. Experimentelle und klinische Untersuchungen über das Verhalten des Blutes nach totaler und partieller Entfernung der Schilddrüse. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 1396.

Adolf Reinhardt und **Hans Gerhard Creutzfeldt.** Beitrag zur Lehre von der Akromegalie. Zieglers Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path., 1913, Bd. LVI, S. 465.

A. Remy und **Fairise.** Un cas de goître congénital. (Ein Fall von angeborenem Kropf.) Rev. méd. de l'est 1913, Bd. VL, S. 263.

G. Schickele. Der Einfluß der Ovarien auf das Wachstum der Brustdrüsen. Beiträge zur Lehre der inneren Sekretion. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1913, Bd. LXXIV, S. 332.

Sellheim. Innere Sekretion der Keimdrüsen und Knochenwachstum. 15. Versamml. d. deutschen Ges. f. Gynäkol. in Halle, 14. bis 17. Mai 1913.

Ugo Soli. La tiroide nello stato timico linfatico. (Die Thyreoidea beim Status tymico-lymphaticus.) La Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 818.

A. Souques und **Stephen Chauvet.** Infantilisme hypophysaire. (Hypophysärer Infantilismus.) Nouv. iconogr. de la salpêtr., 1913, Bd. XXVI, S. 69.

W. Stendell. Zur vergleichenden Anatomie und Histologie der Hypophysis cerebri. Arch. f. mikrosk. Anat., 1913, Bd. LXXXII, S. 289.

William M. Thompson. The influence of the thyroid glands on pregnancy and lactation. (Einfluß der Thyreoidea auf die Schwangerschaft und Laktation.) Surg. gynecol. a. Obstetr., 1913, Bd. XVII, S. 226.

Tilp. Hochgradige Verfettung der Nebennieren eines Säuglings. Verh. d. Deutschen pathol. Ges., 1913, S. 305.

Reinhard von den Velden. Zur Lehre vom Infantilismus. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1913, Bd. LXXIV, S. 393.

Carlo Viscontini. L'ipertrofia del timo e sua cura chirurgica. (Über die Thymushypertrophie und ihre chirurgische Behandlung.) Gazz. d. osp. e. d. clin., 1913, Bd. XXXIV, S. 1159.

Artemy Wassjutotschkin. Untersuchungen über die Histogenese der Thymus. 1. Über den Ursprung der myoiden Elemente der Thymus des Hühnerembryos. Anat. Anzeiger, 1913, Bd. XLIII, S. 349.

Kurt Weiß. Zur Frage der Hypophysentherapie bei Rachitis. Therap. Monatsh., 1913, Bd. XXVII, S. 490.

E. A. Whitmore. Thymic cases. (Thymusfälle.) Denver med. times. Utah med. Journ., Nevada med., 1913, Bd. XXXIII, S. 3.

Van den Wildenbergh. Volumineux goître suffocant intrathoracique chez un enfant de 4 ans. Thyréodectomie. Guérison. (Voluminöser, intrathorakaler, stenosierender Kropf bei einem 4jährigen Kinde. Thyreodektomie. Heilung.) Ann. soc. méd. Anvers, Bd. XXIV, Mai, Juni. Philipps (Antwerpen).

C. W. Wyckoff. Roentgen ray treatment of thymus hypertrophy. (Röntgenbehandlung bei Thymushypertrophie.) Cleveland Med. Journ., 1913, Bd. XII, S. 341.

Yugo Yokoyama. Über die Wirkung der Thymus im Organismus. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., 1913, Bd. CCXIV, S. 83.

Verdauungstraktus.

Alfred Arastein. Spindelförmige Erweiterung des Ösophagus bei einem Falle von Wirbelsäulenversteifung. (Spondylose rhizomélique. Pierre Marie). Mitteilung der Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 162.

Seymour Barling. Hair-ball removed from the stomach of a child. (Ein Haarball aus dem Magen eines Kindes entfernt.) Proceed. of the roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VI, S. 171.

Lyle S. Booker. Congenital pyloric stenosis, with report of case. (Kongenitale Pylorusstenose. Bericht über einen Fall.) Virginia Med. semimonthly, 1913, Bd. XVIII, S. 243.

Joseph Brennemann. Congenital atresia of the esophagus, with report of three cases. (Kongenitale Atresie des Ösophagus, mit Bericht dreier Fälle.) Amer. Journ. of Dis. of Childr., 1913, Bd. V, S. 143.

A. Cade, Ch. Roubier und **J. F. Martin.** Les sténoses non-néoplasiques du côlon sigmoidien et leurs relations avec le mégacôlon. (Die Stenosen ohne Neubildung des Colon sigmoideum und ihre Beziehung zum Megacolon.) Lyon chir., 1913, Bd. X, S. 1.

J. Walter Carr. Case of Hirschsprungs disease. (Fall von Hirschsprungscher Krankheit.) Proceed of the roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VI, S. 107.

Chatin und **Ch. Garin.** Trois cas de parasitisme de l'Hymenolepis nana chez l'enfant. Premiers cas observés en France. Soc. nat. de méd. de Lyon, 2. April 1913.

L. Chelnisse. L'ulcère du duodénum chez les enfants. (Das Duodenalgeschwür im Kindesalter.) Semaine méd., 1913, Bd. XXXIII, S. 421.

Raniero Cinaglia. Importanza patogenetica dell'elmintiasi da ascaridi specialmente in rapporto ad affezioni chirurgiche. (Die pathogenetische Bedeutung der Askariden, besonders in bezug auf chirurgische Affektionen.) Gaz. degli osp. e dell clin., 1913, Bd. XXXIV, S. 450.

Edward P. Davis. Visceral hemorrhage in the newborn. (Abdominalblutungen des Neugeborenen.) Internat. clin., 1913, Bd. II, S. 139.

Archibald L. Mac Donald. Congenital atresia of the duodenum. (Kongenitale Atresie des Duodenums.) Amer. Journ. of the Med. Scienc., 1913, Bd. CXLVI, S. 28.

A. Harold Duckett. Perforated gastric ulcer in a child aged 11 month. (Perforiertes Magengeschwür bei einem 11 Monate alten Kinde.) Brit. Med. Journ., 1913, Nr. 2737, S. 1273.

G. H. Edington. Congenital occlusions of the oesophagus and lesser bowel. (Kongenitale Atresien des Ösophagus und Darmes.) Glasgow Med. Journ., 1913, Bd. LXXX, S. 16 u. 90.

Pedro E. de Elizalde und **Fernando Schweizer.** Estudio anatomico de cuatro casos de syndrome pilorico del lactante. (Anatomisches Studium von 4 Fällen von Pylorusstenose beim Säugling.) Arch. latino-amer. de Pediatria, November/Dezember 1912.

Fieux. Sténose pylorique grave du nouveau-né. (Schwere Pylorusstenose beim Neugeborenen.) Soc. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. de Bordeaux, 12. März 1913.

Pierre Fredet. Pathogénie de la sténose hypertrophique du pylore. (Pathogenese der hypertrophischen Pylorusstenose.) Bull. de la Soc. méd. des hôp., Januar 1913, S. 257.

Lewis J. Friedman. A brief survey of the prognosis and treatment of congenital and acquired dilatation of the colon. (Eine kurze Übersicht über Prognose und Behandlung der angeborenen und erworbenen Erweiterung des Kolons.) Amer. Journ. of Surg., 1913, Bd. XXVII, S. 291.

Pierre Gallas. De l'ulcère du duodénum chez le nouveau-né et chez le nourrison. (Duodenalulcus beim Neugeborenen und Säuglinge.) Thèse de Paris, 1913, Nr. 225.

Reginald J. Gladstone. A case of congenital atresia of the duodenum, accompanied by volvulus of the ileum. (Fall von kongenitaler Atresie des Duodenums verbunden mit Volvulus des Ileums.) Journ. of Anat. and Physiol., 1913, Bd. XLVIII, S. 47.

Ch. Guérin. Recherches sur la fixation, le mode de nutrition et le rôle pathogène de l'oxyure vermiculaire. La pathol. infant., 1913, Nr. 2, S. 21.

G. Holzknecht und **M. Sgalitzer.** Papaverin zur röntgenologischen Differentialdiagnose zwischen Pylorospasmus und Pylorusstenose. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 1989.

Hutinel. Les réactions coliques dans le jeune âge. Caractères cliniques. (Die Kolikanfälle im Kindesalter. Klinische Krankheitsbilder.) Bull. mém., 1913, Bd. XXVII, S. 447.

C. B. Lockwood. Diagnosis and treatment of acute inflammatory affections of the abdomen in children. (Diagnose und Behandlung der akuten entzündlichen Abdominalerkrankungen im Kindesalter. Brit. Med. Journ., 1913, Nr. 2744, S. 248.

Henry T. Machelt. Hirschsprungs disease or congenital dilatation of the colon in a boy of three years; resection of colon; recovery. (Hirschsprungsche Krankheit oder kongenitale Dilatation des Colon bei einem Knaben von 3 Jahren. Resektion des Colon. Heilung.) Canadian Journ. of Med. and Surg., 1913, Bd. XXXIV, S. 17.

A. B. Marfan. Rétrécissement congénital du pylore par hypertrophie musculaire chez un nourrisson. (Kongenitale Pylorusstenose durch muskuläre Hypertrophie beim Säugling.) La Pédiatrie prat., 1912, Nr. 26.

Albert Mathieu. Étude comparée des colites aigues infectieuses chez l'enfant et chez l'adulte. (Vergleichende Studie über die infektiösen Kolitiden beim Kinde und beim Erwachsenen.) Gaz. des hôp., 1913, Bd. LXXXVI, S. 1221.

Oswald Meyer. Die Hirschsprungsche Krankheit. (Megacolon congenitum.) Med. Klinik., 1913, Bd. IX, S 959.

Charles G. Mixter. Congenital hypertrophic stenosis of the pylorus. With X-ray plates. (Kongenitale hypertrophische Pylorusstenose. Mit Radiogrammen.) Boston Med. and Surg. Journ., 1913, Bd. CLXIX, S. 309.

Victor Pauchet. Traitement du mégacolon. (Behandlung des Megakolon.) Arch. provinc. de chirurg., 1913, Bd. XXII, S. 17.

Joseph Ransohoff. Acute perforating sigmoiditis in children. (Akute perforierende Sigmoiditis bei Kindern.) Ann. of Surg., 1913, S. 218; Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 691.

Mario Reano. La pseudoascite nei bambini. (Pseudoaszites beim Kind.) Riv. di clin. pediatrie, 1913, Bd. XI, S. 53.

Thomas Morgan Rotch. Three types of occlusion of the esophagus in early life. (Drei Typen von Ösophagealverschluß im frühen Lebensalter.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. VI, S. 1.

Sorrel. Megacolon congénital chez un enfant. La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 716.

Ernst Steinert. Angeborene Atresie des Ösophagus, Gastrotomie. Prager med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXVIII, S. 417.

K. Stolte. Klinische und anatomische Beobachtungen bei einem Kinde mit kongenitaler Darmstenose. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 341.

August Strauch. Congenital stenosis of the pylorus. (Kongenitale Pylorusstenose.) Med. rec., 1913, Bd. LXXXIV, S. 386.

E. Weill und **Ch. Gardère.** De la pathogénie de la sténose pylorique du nourrisson. (Pathogenese der Pylorostenose beim Säugling. Soc. méd. des hôp., Jänner, 1913, S. 46.

Leber und Gallenwege.

Ferdinand Böhme. Ein Fall von kongenitaler Gallengangsatresie mit Gallengangszyste. Zeitschr. f. angew. Anat. u. Konstitutionslehre, Bd. I, S. 105.

Aldo Bolaffi. Complessa malformazione del fegato in bambino affetto da ernia del funicolo ombellicale. (Vollständige Mißbildung der Leber bei einem mit Nabelschnurbruch behafteten Neugeborenen. Osp. magg., 1913, Bd. I, S. 395.

Fairise und **Bonnet.** Ictère grave d'origine ombilicale chez un nouveau-né. (Schwerer Ikterus bei einem Neugeborenen, vom Nabel ausgehend.) Prov. méd., 1913, Bd. XXVI, S. 149.

Mc Gibbon. Hereditary icterus. (Erbliche Gelbsucht.) Brit. Med. Journ., 1913, Nr. 2742, S. 124.

Robert Haff. Blutbildung in der embryonalen Hühnerleber. Trenkel, Berlin, 1913.

Charles Herrmann. Acute infectious jaundice in children. (Akuter infektiöser Ikterus im Kindesalter.) New York Med. Journ., 1913, Bd. XCVIII, S. 260.

P. S. Hiehens. Congenital family jaundice. (Kongenitaler familiärer Ikterus.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1913, Bd. X, S. 357.

Ada Hirsch. Befunde beim Icterus neonatorum. Mitteil. d. Gesellschaft f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1913, Bd. XII, S. 149.

Huber. Über die Blutveränderungen bei Icterus haemolyticus. Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 681.

Huguenin. Leberzirrhose bei einem 8 Monate alten Kinde. Zentralbl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat., 1913, Bd. XXIV, S. 406.

Helene Zellweger. Die Bedeutung des Lymphatismus und anderer konstitutioneller Momente für Gallensteinbildung. Zeitschr. f. angew. Anat. u. Konstitutionslehre, 1913, Bd. I, S. 75.

Pankreas.

Langley Porter. Pancreatic insufficiency. (Pankreasinsuffizienz.) Amer. Jouur. of Dis. of Child., 1913, Bd. VI, S. 65.

Urogenitalsystem.

L. d'Astros. Hydronéphrose congénitale. Bull. de la soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 435.

Nathaniel Barnett. Vulvovaginitis in Young children; its control and successful treatment. (Vulvovaginitis bei jungen Kindern; ihre Kontrolle und erfolgreiche Behandlung.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 650.

Richard Bauer und **Paul Habetin.** Moderne Methoden zur Funktionsprüfung der Niere. Mitteil. d. Gesellschaft f. innere Med. u. Kinderheilkunde, 1913, Bd. XXXVIII, S. 167.

Frank van der Bogert. Colon bacillus cystitis with alkaline urine. (Colizystitis mit alkalischem Urin.) Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 579.

Coleman G. Buford. Large urethral caruncle in a girl of nine years. A preliminary note, with a summary of the subject. (Große Caruncula urethralis bei einem 9jährigen Mädchen.) Journ. of the Amer. Assoc., 1913, Bd. LX, S. 1281.

Castaigne. Albuminurie orthostatique au début d'une tuberculose rénale. (Orthostatische Albuminurie im Beginn einer Nierentuberkulose.) Clin., 1913, Bd. VIII, S. 194.

David Murray Cowie. A case of malignant multilocular cyst of the ovary in a young girl. (Fall von maligner multilokulärer Ovarialzyste bei einem kleinen Kind.) Physician and Surg., 1913, Bd. XXXV, S. 200.

Frederick Deane. Note on a parovarion cyst in a child presenting in the epigastrium. (Eine oberhalb des Nabels gelegene Parovarialzyste.) Lancet, 1913, Bd. CLXXXIV, S. 887.

Robert Debré und **Paraf.** Sur la nature fréquemment tuberculeuse des néphrites de l'enfance. (Über die häufig tuberkulöse Natur der Nephritiden im Kindesalter.) I. Congrès des Pédiatries de Langue française, Paris, 3. und 4. Oktober 1913.

Theodore J. Elterich. Pyuria in infancy. Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 702.

C. Fairise. Pyélo-néphrite chronique chez un enfant. (Chronische Pyelonephritis beim Kind.) Arch. de méd. exper. et d'anat. pathol., 1913, Bd. XXV, S. 442.

V. Fragale. Pielite primitiva settica nei bambini. (Primäre septische Pyelitis bei kleinen Kindern.) Gaz. internaz. di med., chirurg., 1913, Nr. 24, S. 553.

Rowland G. Freeman. The diagnosis and treatment of pyelitis in infancy. (Diagnose und Behandlung der Pyelitis im Säuglingsalter.) Amer. Journ. of dis. of Child., 1913, Bd. VI, S. 117.

J. Gerschun und **J. Finkelstein.** Zur Frage der Vakzinetherapie der gonorrhoischen Erkrankungen. Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 1701.

F. Glaser und **H. Fliess.** Über Säuglingspyelitis und -otitis media. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 1464.

Guérin-Valmale und **L. Payan.** Orchite double chez un nouveau-né. (Doppelseitige Orchitis bei einem Neugeborenen.) Journ. de méd. de Paris, 1913, Bd. XXXIII, S. 79.

Haushalter und **Fairise.** Calculose vésicale et pyélonéphrite chez un enfant de 4 ans et demi. (Blasenstein und Pyelonephritis bei einem $4^1/_2$jährigen Knaben.) Rev. méd. de l'est., 1913, Bd. XLV, S. 371.

Henry Heiman. A case of bilateral hydroureter. Chronic pyocyaneus infection. (Fall von doppelseitigem Hydroureter. — Chronische Pyozyaneusinfektion.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 814.

F. M. C. Hengeveld. Vaccinetherapie bei Colipyelozystitis von Kindern. Dissertation, Leiden, 1913.

Eduard Ritter von Hofmann. Zur Diagnose und Therapie der angeborenen Blasendivertikel. Zeitschr. f. urol. Chirurgie, 1913, Bd. I, S. 440.

R. Hottinger. Über Zystitis. Samml. zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Dermatologie d. Syphilidol. u. d. Krankh. d. Urogenitalapp., 1913, Bd. II, S. 1.

William H. Jordan. Congenital stricture of the prostatic urethra with bladder hyperplasia, ureteral dilatation and multiple abscesses of both kidneys. (Kongenitale Striktur der Pars prostatica der Urethra mit Blasenhyperplasie, Ureterendilatation und multiplen Abszessen in beiden Nieren.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LXI, S. 244.

H. Kirkpatrick und **E. W. C. Bradfield.** Notes on a case of hypertrophy of the bladder in a child. (Bemerkungen über einen Fall von Hypertrophie der Blase bei einem Kinde.) Lancet, 1913, Bd. II, S. 799.

H. Kosokabe. Über die Albuminurie bei den akuten Tonsillenentzündungen. Arch. f. Laryngol. u. Rhinol., 1913, Bd. XXVII, S. 421.

Emile Lajoscade. The pathogenesis of hydronephrosis occurring in congenital defects of the kidney. (Die Pathogenese der Hydronephrose bei kongenitalen Mißbildungen der Niere.) Amer. Journ. of Urol., 1913, Bd. IX, S. 373.

August Lindemann. Zur Pathogenese und Klinik der Nierenbeckenentzündungen. Deutsche Zeitschr. f. Chirurg., 1913, Bd. CXX, S. 395.

Marie Macijewska. Menstruatio praecox. Dissertation, Berlin, 1912 (Ebering).

René Marie und **H. Rouèche.** Hémoglobinurie chez un enfant, injections de sérum antidiphthérique, guérison. (Hämoglobinurie beim Kinde. Injektionen von Diphtherieserum, Heilung.) Ann. de méd. et chirurg. infant., 1913, Bd. XVII, S. 240.

N. Percy Marsh. Coli infection of the urinary tract in infancy and childhood. (Koliinfektion der Harnorgane im Säuglings- und Kindesalter.) Liverpool med.-chirurg. Journ., 1913, Bd. XXXIII, S. 510; Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 648.

Ch. Mattei und **R. de Vernejoul.** Uropyonéphrose chez l'enfant ayant fait croire à un kyste du mésentère. La Pédiatrie prat., 1912, Nr. 19, S. 339.

Mattissohn. Die Prognose der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum. Arch. f. Dermatol. u. Syphil., 1913, Bd. CXVI, S. 817.

Pr. Merklen. Albuminuries fonctionnelles et azotémie. (Funktionelle Albuminurie und Azotämie.) Soc. méd. des hôp., Paris, 28. November 1913.

Michele Miraglia. Nefrite interstiziale acuta in un lattante. (Akute interstitielle Nierenentzündung bei einem Säugling.) Riv. osped., 1913, Bd. III, S. 316.

Nordmann und **Bonnet.** Pyélonéphrite d'origine angineuse. La Loire méd., 1912, Nr. 5, S. 157.

M. Ponticaccia. Sindrome probabilmente uremica simulante lesione encefalica a fololaio. La Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 669.

Emile Roux. La résistance leucocytaire et les albuminuries infantiles. (Die Resistenzfähigkeit der Leukozyten bei der kindlichen Albuminurie.) Ann. de méd. et chirurg. infant., 1913, Bd. XVII, S. 345.

– Les albuminuries chroniques de l'enfance. (Die chronischen Albuminurien des Kindesalters.) Enfance, 1913, Bd. I, S. 481.

J. C. Rubin und **J. S. Leopold.** On the cause of the persistence of gonorrheal vulvovaginitis in children. (Über die Ursache der Hartnäckigkeit der gonorrhoischen Vulvovaginitis der Kinder.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. V, S. 58.

Arménak Sarkissiantz. Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique du kyste solitaire du rein. Arch. mensuelles d'obstétr. et de gynécol., 1913, Bd. XVIII, S. 341.

D. Stone. Ectopia Vesicae. Brit. Journ. of Child. Dis., 1913, Bd. X, S. 359.

J. Teissier. Caractères et classification des albuminuries dites fonctionnelles. (Wesen und Einteilung der sogenannten funktionellen Albuminurien.) Prov. méd., 1913, Bd. XXVI, S. 371.

Lucien Thévenot. Traitement thyroidien des néphrites. (Thyreoidinbehandlung der Nephritis.) Progrès med., 1913, Bd. XLIV, S. 237.

John Thomson. Infection of the urinary tract in children by the colon bacillus. (Infektion der Harnwege bei Kindern durch den Colibazillus.) Lancet, 1913, Bd. CLXXXV, S. 467.

Heinrich Voss. Zur Frage der Entwicklungsstörungen des kindlichen Hodens. Zentralbl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat., 1913, Bd. XXIV, S. 433.

S. Wideroe. Et tilfaelde av pyelocystit i barnealderen, helbredet ved vakcination (Wright). (Ein Fall von Pyelozystitis bei einem Kinde unter Behandlung mit Vakzination [Wright] genesen.) Tidskr. for den norkse Laegeforening, 1913, Jahrg. 33, S. 873.
Kasuistische Mitteilung. Wernstedt (Stockholm-Malmö.)

Harold W. Wilson. A case of severe b. coli infection of the urinary tract; nephrectomy; recovery. (Ein Fall von schwerer B. Coliinfektion des Urogenitaltraktus. Nephrektomie. Genesung.) Brit. Journ. of Child., 1913, Bd. X, S. 289.

Henny Wodrig. Beiträge zur eitrigen Infektion der Harnwege im Kindesalter. Dissertation, Freiburg, 1913 (Speyer & Kaerner).

Une forme légère de néphrite chronique infantile. (Eine leichte Form von chronischer Nephritis beim Kinde.) Semaine méd., 1913, Bd. XXXIII, S. 493.

Bewegungsapparat.

Bienfait. Un cas de myatonie congenitale. (Ein Fall von Myatonia congenita.) Ann. de la soc. méd.-chirurg. de Liège, 1913, Bd. LII, S. 234.

Edwin Bramwell und **W. R. Addis.** Myotonia atrophica. Edinburg Med. Journ., 1913, Bd. XI, S. 21.

Luigi Concetti. Ancora sulla atonia muscolare congenita di Oppenheim, in specie dal punto di vista anatomo-patologico. (Nochmals über die angeborene Myatonie Oppenheim, speziell vom pathologisch-anatomischen Standpunkt.) Riv. di clin. pediatrie, 1913, Bd. XI, S. 1.

Decroly und **E. Henrotin.** Un cas d'insuffisance motrice. (Ein Fall von motorischer Insuffizienz.) Journ. de neurol., 1913, Bd. XVIII, S. 181.

Raoul Dutholt. A propos d'un cas de myatonie congénitale ou malade d'Oppenheim. Contribution à l'étude de cette affection. (Mitteilung eines Falles von Myatonia congenita oder Oppenheimscher Krankheit. Beitrag zum Studium dieser Affektion.) Clinique, 1913, Bd. XXVII, S. 81, 113, 135 und 198.

Nathan Chandler Foot. Report of a case of amyotonia congenita (myatonia congenita-Oppenheim) with autopsy. (Ein Fall von Myatonia congenita-Oppenheim mit Autopsiebefund.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. V, S. 359.

Alexander E. Horwitz. Weak feet in children. (Schwache Füße bei Kindern.) Interstate Med. Journ., 1913, Bd. XX, S. 149.

Sara Welt Kakels. A case of polymyositis with multiple time deposits in a boy of five years. (Ein Fall von Polymyositis mit multiplen Kalkablagerungen bei einem 5jährigen Knaben.) Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 184.

E. Moniz. Myoclonies essentielles. (Essentielle Myoklonien.) Nouvel. iconogr. de la salpêtr., 1913, Bd. XXVI, S. 85.

Hans Reimer. Über Myatonia congenita. Berliner klin. Wochenschr., 1913, Bd. L, S. 1306.

J. Vas. Über die Osteoarthropathie hypertrophiante pneumique. P. Marie. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., 1913, Bd. CCXIII, S. 537.

Psychologie und Psychopathologie.

Ernst Bloch. Über Intelligenzprüfungen (nach der Methode von Binet und Simon) an normalen Volksschulkindern und Hilfsschulkindern. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat., 1913, Bd. XVII, S. 23.

Decroly. Questionnaire pour l'examen des enfants irréguliers. (Fragebogen für die Prüfung anormaler Kinder.) Journ. de neurol., 1913, Bd. XVIII, S. 201.

R. Egenberger. Psychische Fehlleistungen. Beiträge z. Kinderforsch. u. Heilerziehung, 1913, Bd. CX, S. 1.

Karl Groos. Das Seelenleben des Kindes. Berlin, 1913. Reuther & Reichard. Mark 4·80.

Franz Kramer. Intelligenzprüfungen an abnormen Kindern. Monatsschrift f. Psychiat., 1913, Bd. XXXIII, S. 500.

Erwin Lazar. Über die endogenen und exogenen Wurzeln der Dissozialität Jugendlicher. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VIII, S. 479.

Eugen Neter. Hygiene des kindlichen Geistes. Zeitschr. f. Kinderpflege, 1913, Bd. VIII, S. 121.

Péchin. Ecriture penchée. Ecriture droite. (Schrägschrift. Steilschrift.) Journ. de méd. de Paris, 1913, Nr. 6, S. 116.

Rudolf Pintner. Untersuchungen über die Aufmerksamkeitsformen der Kinder beim Lesen und Reagieren. Veröffentlichungen des Inst. f. exper. Pädiat., 1913, Bd. IV, S. 1.

Jacques Roubinovitch. Pour les enfants arriérés et difficiles. (Fürsorge für schwachbegabte und schwer erziehbare Kinder.) L'enfance, 1913, Bd. I, S. 10.

Kurt Singer. Zur Neuro- und Psychopathologie des Kindesalters. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 1262.

John Jenks Thomas. Retardation and constitutional inferiority in connection with education and crime. (Retardierte Entwicklung und konstitutionelle Inferiorität in Erziehung und Verbrechen.) Journ. of nerv. a. ment. dis., 1913, Bd. XL, S. 1.

H. Vogt. Psychotherapie. Therap. Monatsh., 1913, Bd. XXVII, J. 257.

Wahl. Les débuts de l'assistance aux enfants anormaux. (Beginn der Fürsorge für anormale Kinder.) La France méd., 1913, Bd. LIX, S. 1.

Franz Weigl. Intelligenzprüfung von Hilfsschülern nach der Testmethode. Beiträge zur Kinderforsch. u. Heilerziehung, 1913, Bd. CXI, S. 5.

Th. Ziehen. Ärztliche Wünsche zur Fürsorgeerziehung bezüglich der sogenannten psychopathischen Konstitutionen. Beiträge z. Kinderforschung u. Heilerziehung, 1913, H. 112.

Erziehung.

G. Baguer. L'enfance anormale et l'internat. (Internate für anormale Kinder.) L'enfance, 1913, Bd. I, S. 561.

Bryant. Stuttering and its treatment. (Behandlung des Stotterns.) Med. Record., 4. Oktober 1913.

F. Chotzen. Die Intelligenzprüfungsmethode von Binet und Simon und ihre Verwertung für die Schule. Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns, 1913, Bd. VI, S. 401.

— Über Intelligenzprüfungen an Kindern nach der Methode von Binet und Simon. Zeitschr. f. Kinderschutz u. Jugendfürsorge, 1913, Bd. V, S. 33.

T. Wood Clarke. The value of discipline in the care of the sick child. (Der Wert der Erziehung bei der Sorge für das kranke Kind.) New York State Journ. of Med., 1913, Bd. XIII, S. 433.

Jules Le Cleeh'h. De la nécessité de créer des établissements spéciaux pour enfants anormaux. (Notwendigkeit der Errichtung von Spezialanstalten für abnorme Kinder.) Enfance, 1913, Bd. I, S. 641.

Theodor Heller. Die erziehlichen Aufgaben der Heilpädagogen. Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandlung d. jugendl. Schwachsinns, 1913, Bd. VI, S. 371.

H. Macnaughton-Jones. Ambidexterity. (Doppelhändigkeit.) Child., 1913, Bd. III, S. 3.

Eugen Neter. Von gesunden Kindern, die nicht essen wollen. Mutter und Kind, 1913, Bd. V, S. 2.

Neurologie und Psychiatrie.

Philip F. Barbour. „Tic" in children. („Tic" bei Kindern.) Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 697.

F. E. Batten und **Gordon Holmes.** The endogenous fibres of the human spinal cord (from the examination of acute poliomyelitis.) (Die endogenen Fasern des menschlichen Rückenmarkes — nach Untersuchungen bei akuter Poliomyelitis.) Brain, 1913, Bd. XXXV, S. 259.

W. von Bechterew. Über die individuelle Entwicklung der neuropsychischen Sphäre nach psycho-reflexologischen Befunden. Zeitschrift f. Psychotherap. u. med. Psychol., 1913, Bd. V, S. 65.

Blümeke. Krämpfe im Kindesalter, ihre Bedeutung und Beziehung zum jugendlichen Schwachsinn. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1913, Bd. XXVI, S. 318.

wn. Acute confusion in a child, aged 12. (Akute Verwirrtheit bei einem 12jährigen Kinde.) Proceed of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VI, S. 19.

Edmund Cautley. Case of mongolian idiocy. (Fall von mongoloider Idiotie.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VI, S. 133.

Ugo Cerletti. Il cretinisimo endemico. (Der endemische Kretinismus.) Bull. delle clin., 1913, Bd. XXX, S. 310.

Burton Chance. Developmental alexia. Two cases of congenital word blindness. (Entwicklungsalexie. Zwei Fälle kongenitaler Wortblindheit.) New York Med. Journ., 1913, Bd. XCVII, S. 697.

Hans Christa. Ein Fall von Tabes dorsalis infantilis. (Beitrag zur Kenntnis der Klinik Tabes dorsalis im Kindesalter.) Dissertation, Erlangen, 1913. (J. Meixner, Würzburg.)

L. Pierce Clark und **Edward A. Sharp.** The role which heredity plays in inducing epilepsy in children suffering from infantile cerebral palsy. (Der Einfluß der Heredität bei der Entstehung von Epilepsie bei cerebraler Kinderlähmung.) Journ. of nerv. and ment. Dis., 1913, Bd. XL, S. 633.

F. G. Crookshank. Case of mongolism. (Ein Fall von Mongolismus.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VI, S. 133.

René Cruchet und **Etienne Dubourg.** Sur quelques points du diagnostic et du traitement de l'épilepsie infantile. (Über einige Punkte der Diagnose und Therapie der kindlichen Epilepsie.) Gaz. hebdom. des scienc. méd. de Bordeaux, 1913, Bd. XXXIV, S. 185.

Dide. Hérédo-ataxie cérébelleuse et atrophie papillaire héréditaire. (Zerebellare Heredoataxie und hereditäre papillare Atrophie.) Informat. des alién. et des neurol., 1913, Bd. VIII, S. 99.

Ely. Infantile cerebral palsy. (Infantile Zerebrallähmung.) Colorado Med., Agust 1913.

Alfred Fiekler. Klinische Beiträge zur infantilen Pseudobulbärparalyse. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 1913, Bd. XLVII/XLVIII, S. 117.

Gennaro Fiore. Il salvarsan nella cura della corea del Sydenham. Corea del Sydenham e sifilide ereditaria. (Die Salvarsanbehandlung bei Sydenhamscher Chorea. Chorea und Syphilis hereditaria.) Morgagni, Bd. LV, S. 529.

E. Flatau und **W. Sterling.** Über symptomatische Myoklonie bei organischen Affektionen des zentralen Nervensystems bei Kindern. (Nebst Bemerkungen über das Phänomen des „Blinzel-Nystagmus".) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat., 1913, Bd. XVI, S. 143.

Franz Fremel. Stottern und Fazialisphänomen. Wiener med. Wochenschrift, 1913, Bd. LXIII, S. 2207.

Paula Freund. Über die Beziehungen alternierender Bewegungen zur Länge der Reflexbahnen. Zeitschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. VIII, S. 412.

Ernst Frey. Zur Histopathologie der infantilen Form der familiär-amaurotischen Idiotie (Typus: Tay-Sachs-Schaffer). Virchows Arch., 1913, Bd. CCXIII, S. 308.

Emil Fröschels. Über die Behandlung des Stotterns. Zentralbl. f. Psychoanalyse u. Psychotherap., 1913, Bd. III, S. 469.

K. Gaugele und **Th. Gümbel.** Die Littlesche Krankheit und ihre Behandlung unter besonderer Berücksichtigung der Försterschen Operation. Fischer, Jena, 1913.

James Gilroy. Three cases of infantile convulsions. (Drei Fälle von Krämpfen bei Säuglingen.) Lancet, 1913, Bd. II, S. 865.

Martin Graetz. Spasmophilie und Epilepsie. Neurol. Zentralbl., 1913, Bd. XXXII, S. 1366.

Alfred Hand, Courtöand Y. White und **John Reichel.** Report of a case of hydrophobia. (Über einen Fall von Hydrophobie.) Journ. of the Amer. med. Assoc., 1913, Bd. LX, S. 990.

A. Hymanson. Metabolism studies of amaurotic family idiocy, with clinical and pathological observations. (Stoffwechseluntersuchungen bei amaurotischer, familiärer Idiotie mit klinischen und pathologischen Beobachtungen.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 825.

E. Joltrain und **P. Roufflac.** Syndrome méningé à type de poliomyélite. Société médicale des hôpitaux. (Meningeales Syndrom vom Typus der Poliomyelitis.) Paris, 31. Oktober 1913.

Sigmund Krumbholz. Localized encephalitis of the left motor cortical region with epilepsia continua. (Lokalisierte Enzephalitis der linken motorischen Rindenregion mit kontinuierlicher Epilepsie.) Journ. of Nerv. and Ment. Dis., 1913, Bd. XL, S. 17.

Louis Lagane. Le béribéri des nourrissons; ses rapports avec l' allaitement. (Beriberi beim Säugling; seine Beziehungen zum Stillen.) Le Nourrissons, 1913, Bd. I, S. 282.

Alexander A. Lambrior. Un nouveau cas de maladie de Friedreich avec autopsie. (Ein neuer Fall von Friedreichscher Krankheit mit Obduktionsbefund.) Rev. neurol., 1913, Bd. II, S. 57.

Mathilde Lateiner-Mayerhofer. Das nervöse Kind. Zeitschr. f. Kinderschutz u. Jugendfürsorge, 1913, Bd. V, S. 168.

Lesage und **A. Collin.** Troubles passagers de la marche et de la station chez un enfant de 5 ans. (Transitorische Störung der Geh- und Stehfähigkeit bei einem 5jährigen Kinde.) Journ. de méd. de Paris, 1913, Bd. XXXIII, S. 546; Med. infant., 1913, Bd. XXI, S. 110.

Pierre Loubet. Considérations pathogéniques et critiques sur la chorée de Sydenham. (Pathogenetische und kritische Betrachtungen über Sydenhamsche Chorea.) Thèse de Toulouse, 1912.

William Palmer Lucas und **E. E. Southard.** Contributions to the neurology of the child. III. Further observations upon nervous and mental sequelae of encephalitis in children. (Beiträge zur Neurologie des Kindesalters. 3. Mitteilung: Weitere Beobachtungen über nervöse und psychische Folgezustände der Enzephalitis bei Kindern.) Boston Med. and Surg. Journ., 1913, Bd. CLXIX, S. 341.

Lucas and **Southard.** Neurology of the child nervous and mental sequelae of encephalitis in children. (Nervöse und geistige Folgen der Enzephalitis bei Kindern.) Boston Med. and Surg. Journ., 4. September 1913.

Ludwig Mann. Über traumatische Entstehung spasmophiler Zustände. Zentralbl. f. d. ges. innere Med., 1913, Bd. VIII, S. 146.

Aug. Marie und **Levaditi.** Traitement de la paralysie générale par les instillations intrarachidiennes de néo-salvarsan. (Behandlung der allgemeinen Paralyse durch Lumbalinstillationen von Neo-Salvarsan.) Soc. méd. des hôp., Paris, 28. November 1913.

G. Mingazzini. Sur quelques petits signes des parésies organiques. Note clinique. (Über einige kleine Zeichen organischer Paresen. Klinische Betrachtung.) Rev. neurol., 1913, Bd. XXI, S. 469.

Ino. J. Moren. Hysteria in a child five years of age, report of case. (Hysterie bei einem fünfjährigen Kinde, Krankengeschichte.) Louisville monthly Journ. of Med. and Surg., 1913, Bd. XX, S. 76.

Emilio Orsi-Battaglini. (Der Mongolismus.) Riv. di clin. pediatrie, 1913, Bd. XI, S. 507.

Georges Paul-Boncour. Excitabilité psycho-motrice et troubles digestifs chez l'enfant. (Psychomotorische Reizbarkeit und Verdauungsstörung bei Kindern.) Pathol. infant., 1913, Bd. X, S. 1.

Charles Perrin. Contribution à l'étude des états démentiels primitifs et épileptiques chez les enfants. (Beitrag zum Studium primärer und epileptischer Demenzzustände beim Kinde.) Ann. de méd. et chirurg. infant., 1913, Bd. XVII, S. 153.

E. Pogglo. Tetania infantile ed opoterapie tiroidea. (Kindertetanie und Schilddrüsentherapie.) Giornale d. acad. di med. di Torino, 1913, Bd. LXXVI, S. 185.

James Rae. Note on a case of chronic internal hydrocephalus. (Über einen Fall von chronischem Hydrozephalus internus.) Lancet, 1913, Bd. CLXXXIV, S. 453.

Raecke. Über antisoziale Handlungen epileptischer Kinder. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh., 1913, Bd. LII, S. 961.

L. Ribadeau-Dumas, Debré und **Wolfromm.** Sur un cas de méningite foudroyante du nourrisson. (Über einen Fall von fulminanter Meningitis beim Säugling.) Ann. de méd. et chirurg. infant., 1913, Bd. XVII, S. 220.

Jacques Roubinovitch. Sur un cas de délire de persécution infantile (Paranoia infantile). (Über einen Fall von Verfolgungswahn beim Kinde.) Paranoia infantilis. Bull. méd., 1913, Bd. XXVII, S. 685.

Luigi Maria Ruggieri. Su due casi di morbo del Friedreich. (Über zwei Fälle von Friedreichscher Krankheit.) Riv. osp., 1913, Bd. III, S. 837.

Savariaud. Maladie de Little améliorée par l'opération de Förster. (Littlesche Krankheit, durch die Förstersche Operation gebessert.) Soc. de chirurg., Paris, 3. Dezember 1913.

F. Schob. Über der Friedreichschen Erkrankung ähnliche Krankheitsbilder bei hereditärer Lues. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, 1913, Bd. XV, S. 157.

Theodor Schwartz. Über die Meningitis serosa. Petersburger med. Zeitschr., 1913, Bd. XXXVIII, S. 67.

Kurt Singer. Die Chorea minor und ihre Behandlung. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 1088.

Sleeter. Diseases of the nervous system in children. (Krankheiten des Nervensystems bei Kindern.) Iowa State Med. Soc. Journ., August 1913.

Speese. Report of a case of hydrocephalus. (Fall von Hydrozephalus.) Arch. of Pedaitrics, August 1913.

Adolf Stoffel. The treatment of spastic contractures. (Die Behandlung spastischer Kontrakturen.) Amer. Journ. of Orthop. Surg., 1913, Bd. X, S. 611.

Stouff. Sur un cas d'hydrocéphalie aigue consécutive à des troubles gastrointestinaux graves chez un nourrisson de 3 mois et demi. (Ein Fall von akuter Hydrozephalie nach schwerer Ernährungsstörung bei einem $3^1/_2$monatigen Säuglinge.) Rev. méd. de l'est., 1913, Bd. XLV, S. 255.

S. Takashima. Fünf Fälle von Hydrophthalmus congenitus unter besonderer Berücksichtigung des pathologisch-anatomischen Befundes. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1913, Bd. LI, S. 48.

Arthur L. Tatum. Morphological studies in experimental cretinism. (Morphologische Studien bei experimentellem Kretinismus.) Journ. of exper. Med., 1913, Bd. XVII, S. 636.

F. Terrien. Symptômes oculaires des tumeurs cérébrales. (Augensymptome bei Hirntumoren.) I. Congrès des Pédiatries de Langue française. Paris, 3. und 4. Oktober 1913.

Ernst Tezner. Anteilnahme des sympathischen Nervensystems an den Erkrankungen des Säuglings. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 399.

Adel Tobias. Zur Prognose und Ätiologie der Kinderhysterie. Dissertation, Berlin, 1913 (Karger).

Martha Ulrich. Klinische Beiträge zur Lehre vom angeborenen Kernmangel. Fischer, Jena, 1913.

F. Parkes Weber. Family cerebellar ataxia in two half-sisters. (Familiäre zerebellare Ataxie bei zwei Halbschwestern.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VI, S. 50.

Martin Weicksel. Angeborener Schwachsinn bei Zwillingen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat., 1913, Bd. XV, S. 220.

S. B. Wolbach und **J. A. P. Millet.** Diffuse sub-dural lipomatosis of the spinal cord in an infant. (Diffuse subdurale Lipomatose des Rückenmarks bei einem Säugling.) Boston Med. and Surg. Journ., 1913, Bd. CLXVIII, S. 681.

John Zahorsky. Recent progress in the diseases of the nervous system in children. (Neue Fortschritte auf dem Gebiete der Nervenkrankheiten im Kindesalter.) Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 571.

Zuber. Myxoedème congénital chez un jeune homme de 21 ans, suivi et traité par l'opothérapie thyroidienne depuis l'âge de 8 ans. (Kongenitales Myxödem bei einem 21jährigen Manne, seit dem Alter von 8 Jahren beobachtet und durch Opotherapie behandelt.) Clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 235.

Stoffwechselkrankheiten.

Hans Aron. Ein Fall von Pentosurie im frühen Kindesalter. Monatsschrift f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 177.

Le Gendre. L'orientation contemporaine des travaux sur l'obésité des enfants. (Die gegenwärtige Richtung der Arbeiten über Obesität beim Kinde.) I. Congrès des Pédiatries de Langue française, Paris, 3. und 4. Oktober 1913.

C. Hart. Der Skorbut der kleinen Kinder (Moeller-Barlowsche Krankheit). Zentralbl. f. d. Grenzgebiete d. Med. u. Chirurg., 1913, Bd. XVII, S. 24.

Georg Herzog. Über einen Fall von kindlichem Skorbut; ein Beitrag zur Regeneration des Knochenmarkes. Verhandl. d. Deutschen pathol. Gesellschaft, 1913, S. 346; Zentralbl. f. allgem. Pathol. und pathol. Anat., 1913, Bd. XXIV, S. 409.

Alexandra Ingier. Beiträge zur Kenntnis der Barlowschen Krankheit. Frankfurter Zeitschr. f. Pathol., 1913, Bd. XIV, S. 1.

J. H. Masson Knox. Diabetes in early infancy. (Diabetes in frühester Kindheit.) Bull. of the Johns Hopkins hosp., 1913, Bd. XXIV, S. 274; Boston Med. and Surg. Jour., 1913, Bd .CLXVIII, S. 848.

Paul Legendre. Le critérium de l'obésité chez l'enfant. (Die Unterscheidung der Fettsucht beim Kinde.) Clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 581.

— L'orientation contemporaine des travaux sur l'obésité des enfants. (Gegenwärtige Richtung der Arbeiten über kindliche Fettsucht betreffend.) Pédiatr. prat., 1913, Bd. XI, S. 517.

P. W. Mott. The histological changes in the nervous system of Dr. Boxs case of pellagra, compared with changes found in a case of pellagra dying in the Abassieh asylum. (Die histologischen Veränderungen am Nervensystem in Dr. Box, Fall von Pellagra, verglichen mit den Veränderungen bei einem Falle von Pellagra, der in der Irrenanstalt in Abassieh gestorben war.) Brit. Med. Journ., 1913, Nr. 2740, S. 4.

G. Mouriquand. Le syndrome adiposo-génital de l'enfant. Congrès des Pédiatries de Langue française. Paris, 3. und 4. Oktober 1913.

Nathan. Les obésités glandulaires. (Glanduläre Obesität.) I. Congrès des Pédiatrie de Langue française, Paris, 3. und 4. Oktober 1913.

Erie Pritchard. Notes on two unusual cases of infantile scurvy. (Bemerkungen über zwei ungewöhnliche Fälle von infantilem Skorbut.) Lancet, 1913, Bd. CLXXXIV, S. 1587.

Paul Sainton und **Louis Rol.** Contribution à l'étude des syndromes polyglandulaires, diabète juvenile, tumeur de l'hypophyse et infantilisme. (Beitrag zum Studium polyglandulärer Symptome: Diabetes juvenilis. Hypophysentumor und Infantilismus.) Rev. neurol., 1913, Bd. XXI, S. 785.

Fritz B. Talbot, Walter J. Dodd und **Hugo A. Peterson.** Experimental scorbutus and the Roentgen ray diagnosis of scorbutus. (Experimenteller Skorbut und die Röntgendiagnose des Skorbuts.) Boston Med. a. Surg. Journ., 1913, Bd. CLXIX, S. 232.

La calcinose chez les enfants. (Kalzinose beim Kinde.) Rev. génér. Arch. de méd. des enf., 1913, Bd. XVI, S. 855.

Wachstumskrankheiten und Wachstumsstörungen.

G. B. Allaria. Iperevolutismo parziale congenito in un bambino di madre acromegalica. (Partielle angeborene Überentwicklung bei einem Kinde einer Mutter mit Akromegalie.) Riv. di clin. pediatr., 1913, Bd. XI, S. 561.

A. S. Blundell. Bankart. Case of achondroplasia. (Ein Fall von Achondroplasie.) Proceed. of the roy. soc. of Med., Bd. VI, Nr. 6; Sect. f. the Study of Dis. in Child., 1913, S. 155.

Frank K. Bartlett. A case of acromegaly and polyglandular syndrome, with special reference to the pineal gland. (Ein Fall von Akromegalie mit Zeichen polyglandulärer Beteiligung, besonders der Zirbeldrüse.) Arch. of internat. Med., 1913, Bd. XII, S. 201.

J. Baumel und **J. Margarot.** L'achondroplasie répond-elle à une insuffisance hypophysaire partielle? (Entspricht die Achondroplasie einer partiellen hypophysären Insuffizienz?) Nouv. iconogr. de la salpêtr., 1913, Bd. XXVI, S. 202.

Bertolotti. Contribution à l'étude de l'achondroplasie. Interprétation des variétés morphologiques basée sur l'ontogenèse. (Beitrag zum Studium der Achondroplasie. Deutung morphologischer Varietäten auf Grund der Ontogenese.) Presse méd., 1913, Bd. XXI, S. 525.

C. Cardamatis. Anatomische Befunde der Osteogenesis imperfecta. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., 1913, Bd. CCXII, S. 436.

Coronat. Eléphantiasis congénital et glaucome infantile. (Kongenitale Elephantiasis und infantiles Glaukom.) Clin. ophtalmol., 1913, Bd. XIX, S. 85.

Emil von der Crone. Über Chondrodystrophia foetalis. Dissertation. München 1913. (Müller u. Steinicke.)

A. Delcourt. Quelques faits cliniques. Douleurs de croissance. (Über Wachstumsschmerzen.) Pathol. infant., 1913, Bd. X, S. 65.

Roger H. Dennett. Exercise and diet in relation to growth. (Körperliche Bewegung und Diät in ihrer Beziehung zum Wachstum.) New York Med. Journ., 1913, Bd. XCVII, S. 756.

Euzière und **J. Delmas.** Une nouvelle observation d'achondroplasie. (Eine neue Beobachtung über Achondroplasie.) Soc. d. scienc. méd. de Montpellier. séance. 13. Mai 1913.

Ernst Fränkel. Röntgenologische Untersuchungen bei einem Falle von Osteogenesis imperfecta. Zeitschr. f. Röntgenkunde, 1913, Bd. XV, S. 179.

Hermann Hinterstoisser. Über einen Fall von angeborenem partiellem Riesenwuchs. Arch. f. klin. Chir., 1913, Bd. CII, S. 297.

B. Raymond Hoobler. Diseases influencing growth. The conditions which underlie them. (Das Wachstum beeinflussende Krankheitszustände. Die Verhältnisse, auf denen sie basieren.) New York Med. Journ., 1913, Bd. XCVII, S. 769.

A. Hübner. Zur Ätiologie des Riesenwuchses mit Berücksichtigung einer forensischen Bedeutung. Monatsschr. f. Geburtsh., 1913, Bd. XXXVIII, S. 186.

Murk Jansen. Das Wesen und das Werden der Achondroplasie. Zeitschrift f. orthop. Chir., 1913, Bd. XXXII, S. 1.

Erich Klose. Zur Kenntnis der Osteopsathyrosis idiopathica. Monatsschrift f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 347.

Jos. Koch. Zur Ätiologie der Rachitis. Über die Beeinflussung des Knochenwachstums durch bakterielle Infektion. Zentralbl. f. Bakt., 1913, Beih. S. 250.

Georg Levy. Rachitis und Wohnung. Arch. f. soz. Hyg., 1913, Bd. VIII, S. 363.

C. Parhon und **Arth. Schunda.** Nouvelle contribution à l'étude de l'achondroplasie. (Weiterer Beitrag zum Studium der Achondroplasie.) Nouv. iconog. de la salpêtr., 1913, Bd. XXVI, S. 185.

Ludwig Pick. Zur Einteilung und pathologischen Anatomie des partiellen Riesenwuchses, insbesondere über sein Vorkommen beim Säugetier. Zieglers Beiträge, 1913, Bd. LVII, S. 1.

Pironneau. Un cas de nanisme myxoedémateux chez un garçon, fils d'acromégalique géant. (Ein Fall von myxödematösem Zwergwuchs bei einem Knaben, dem Sohne eines akromegalischen Riesen.) La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 614.

Ferruccio Ravenna. Achondroplasie et chondrohypoplasie. Contribution clinique. (Achondroplasie und Chondrohypoplasie. Klinischer Beitrag.) Nouv. iconogr. de la salpêtr., 1913, Bd. XXVI, S. 157.

P. Reyher. Über bemerkenswerte Ossifikationsbefunde an den Händen bei fötaler Chondrodystrophie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr., 1913, Bd. XX, S. 408.

Douglas Symmers und **G. H. Wallace.** Observations on the pathological changes in the thyroid gland in a cretinistic variety of chondrodystrophia foetalis. (Beobachtungen über die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Schilddrüse bei einer kretinoiden Abart der Chondrodystrophia foetalis.) Arch. of internat. Med., 1913, Bd. XII, S. 37.

C. Vaulair. Rachitisme et gastrectasie. (Rachitis und Magenektasie.) Scalpel et Liège méd., 1913, Bd. LXV, S. 513.

E. Wieland. Über Rachitis und ihre Behandlung. Schweiz. Rundschau f. Med., 1913, Bd. XIII, S. 313.

Denis G. Zesas. Beitrag zur Pathologie der idiopathischen Osteopsathyrose. Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1913, Bd. CXXIII, S. 380.

Haut.

Allaire. Naevi avec hémihypertrophie du coté droit et angiomes et multiples du coté gauche. (Naevus mit Hemihypertrophie der rechten und multiplen Angiome der linken Seite.) Gaz. méd. de Nantes, 3. Mai 1913, S. 354.

Seymour Barling. Henochs purpura, intussusception, resection, recovery. (Henochsche Purpura, Intussuszeption, Resektion und Heilung.) Birmingham Med. rev., 1913, Bd. LXXIII, S. 31.

C. J. Broeman. Dermatitis herpetiformis with report of case. (Dermatitis herpetiformis, mit Bericht über einen Fall.) Lancet Clin., 1913, Bd. CX, S. 10.

J. Christ. Über die kongenitalen ektodermalen Defekte und ihre Beziehung zueinander; vikariierende Pigmente für Haarbildung. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, 1913, Bd. CXVI, S. 685.

A. Hope Gosse. Erythema nodosum, an analysis of a hundred cases. (Erythema nodosum, eine Analyse von 100 Fällen.) Practitioner, 1913, Bd. XCI, S. 240.

Hallé. Dorlencourt und **Comby.** Bromides cutanés chez le nourrisson. (Hautbromide beim Säugling.) Rev. prat. d'obstétr. et de pédiatr., 1912, Nr. 276, S. 125.

A. H. H. Howard. A case of dermatitis gangraenosa infantum. (Ein Fall von Dermatitis gangraenosa infantum.) Brit. Journ., of dermat., 1913, Bd. XXV, S. 227.

Lucien Jacquet. Sur l'hérédo-séborrhée familiale. (Familiäre, hereditäre Seborrhöe). Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, 1912.

W. R. Jamieson. Eczema in infants. (Säuglingsekzem.) Therapeut. gaz., 1913, Bd. XXXVII, S. 475.

V. Klingmüller. Über Kinderekzeme. Sammlung zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Dermatol., d. Syphilidol. u. d. Krankh. d. Urogenitalapparate, 1913, Bd. II, S. 1.

Alfred Kraus. Über Acne neonatorum. Arch. f. Dermatol. u. Syphil., 1913, Bd. CXVI, S. 704.

J. Kyrle. Zur Klinik des Pemphigus vulgaris. Wiener med. Wochenschrift, 1913, Bd. LXIII, S. 2369.

Menzer. Psoriasis als Konstitutionskrankheit. Deutsche med. Wochenschrift, 1913, Bd. XXXIX, S. 1599.

Lorenz Monod. Sclérème en plaques disséminées chez un nourrisson d'un mois et demi. Guérison rapide. La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 682.

J. Nicolas, H. Moutot und **L. Charlet.** Dermatose congénitale et familiale à lésions trophiques progressives et chroniques ulcéro-végétantes, à début pemphigoïde, avec dystrophies unguéales. Variété nouvelle de pemphigus congénital de forme dystrophique. (Kongenitale und familiäre Dermatose mit trophisch progressiven und chronischen ulzerös-vegetierenden Läsionen mit pemphigoidem Beginn und mit Nageldystrophien. Neue Variation des kongenitalen Pemphigus von dystrophischer Form.) Ann. de dermatol. et syphiligr., 1913, Bd. IV, S. 385.

Emilia Palmegiani. Trattamento della piodermiti dell' infanzia col liquido di Ziehl. (Die Behandlung der Pyodermien der Kinder mit Ziehlscher Flüssigkeit.) Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 519.

John Priestley. Treatment of the verminous child. (Behandlung der Kinder mit Würmern.) Child., 1913, Bd. III, S. 1096.

W. M. Robson. Henochs purpura. (Henochsche Purpura.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1913, Bd. X, S. 358.

Emil Schmid. Über multiple Tumoren der Haut. Monatsschr. f. Kinderheilkunde, 1913, Bd. XII, S. 443.

Bernhard Shaw. The diagnosis of ringworm in school children. (Die Diagnose der Trichophytie bei Schulkindern.) Public health, 1913, Bd. XXVI, S. 366.

Sobel. Pediculosis capitis among school children. (Kopfpedikulose bei Schulkindern.) New York Med. Journ., 4. Oktober 1913.

G. Variot und **Lorenz-Monod.** Sclérème en plaques disséminées chez un nourrisson d'un mois et demi. Guérison rapide. Bull. de la soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 477.

F. Parkes Weber. Purpura Haemorrhagica, a fulminating case; gelatine treatment. (Fulminanter Fall von Purpura haemorrhagica; Gelatinebehandlung.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VI, S. 218.

Herbert B. Wilcox. Picric acid as an aid in the treatment of various skin lesions. (Pikrinsäure als Hilfe bei der Behandlung verschiedener Hautläsionen.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 854.

Zahnung.

P. Balard und **C. Commes.** Sur trois cas de dents à la naissance. (Über 3 Fälle von mit Zähnen geborenen Kindern.) Ann. de méd. et chirurg. infant., 1913, Bd. XVII, S. 461.

Julius Sidney Heller. Teething in children. (Das Zahnen der Kinder.) New York Med. Journ., 1913, Bd. XCVII, S. 1354.

Horn. Dental clinics in the public schools. (Zahnkliniken in den Schulen.) Southern Med. Journ., September, 1913.

R. Robinson. Les glandes génitales et le système dentaire. (Die Genitaldrüsen und das Zahnsystem.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de l'acad. des scienc., 1913, Bd. CLVI, S. 2016.

James Wheatley. Diet of children in relation to the prevention of dental caries. (Die Diät der Kinder in bezug auf die Verhütung der Zahnkaries.) Child., 1913, Bd. III, S. 998.

Auge.

G. Attias. Oftalmoblenorrea dei neonati pseudomembranosa da „bacillus subtilis". (Ophthalmoblenorrhoa neonatorum pseudomembranacea vom Bazillus subtilis erzeugt.) Arch. di oftalmol., 1913, Bd. XX, S. 573.

St. Bernheimer. Zur Kenntnis der angeborenen Anomalien der Iris. Arch. f. Augenheilk., 1913, Bd. LXXIV, S. 229.

C. A. Credé-Hörder. Die Augeneiterung der Neugeborenen. (Ätiologie, Pathologie, Therapie und Prophylaxe.) Berlin, Karger, 1913.

J. Ginzburg. Zur Kasuistik der Ptosis congenita mit kollateraler Vererbung. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1913, Bd. LI, S. 455.

N. Bishop Harman. The incidence of ophthalmia neonatorum in London. (Das Auftreten der Ophthalmia neonatorum in London.) Brit. Med. Journ., 1913, Nr. 2734, S. 1099.

J. van der Hoeve. Augenanomalien bei kongenital-familiärer Taubheit und bei Labyrintherkrankung. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1913, Bd. LI, S. 461.

R. Paderstein (Berlin). Die Diagnose der Neuritis optica aus dem Augenspiegelbild. Arch. f. Kinderheilk., Bd. LX, XLI, S. 511.

Rollet und **Genet.** Cataracte congénitale familiale. (Familiärer angeborener Katarakt.) Lyon méd., 1913, Bd. CXX, S. 1423.

Rulot und **van Duysse.** Apropos de la prophylaxie du Trachome. (Über Prophylaxe des Trachoms.) Belgique méd., Bd. XIX, S. 49.
Philipps (Antwerpen.)

Richard Sussmann. Ein Beitrag zur Kenntnis der Einschlußblennorrhöe der Neugeborenen. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 1545.

S. de Villa. Atrofia incipiente del nervo ottico in una bambina di 4 anni di origine alcoolica. (Beginnende Optikusatrophie bei einem 4jährigen Kinde alkoholischer Eltern.) Gaz. internaz. di med., chirurg., 1913, Nr. 18, S. 415.

L. Weekers. Le traitement du ptosis congénital par la suppléance du muscle droit supérieur au muscle releveur de la paupière. Opération de Motais. (Die Behandlung der kongenitalen Ptosis durch Überpflanzung des M. rectus sup. auf den M. levator palpebrae, Methode nach Motais.) Ann. de la soc. méd.-chirurg. de Liège, 1913, Bd. LII, S. 43.

G. Weidenbaum. Zur Blennorrhöeprophylaxe am Neugeborenen. Petersburger med. Zeitschr., 1913, Bd. XXXVIII, S. 134.

Nase, Ohr, Kehlkopf.

Léon Cerf. La rhinite purulente précoce de la scarlatine. (Die purulente Frührhinitis bei Scharlach.) Pédiatrie prat., 1913, Bd. XI, S. 418.

E. Halphen und **F. Fontaine.** Quatre cas de papillomes laryngés diffus récidivants de l'enfance guéris par la laryngostomie. (Vier Fälle von diffusen, rezidivierenden Larynxpapillomen im Kindesalter. Heilung durch Laryngostomie.) Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx, 1913, Bd. XXXIX, S. 342.

Heermann. Über Septumresektion im Kindesalter und über die Verhütung der Perforation und des Flatterns. Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgeb., 1913, Bd. VI, S. 239.

W. D. Hoskins. Report of a series of intubations. (Bericht über eine Reihe von Intubationen. 15 Fälle.) Indianopolis Med. Journ., 1913, Bd. XVI, S. 229.

Paul le Jeune. Un cas de rhinolithe. (Ein Fall von Nasenstein.) Ann. de méd. et chirurg. infant., 1913, Bd. XVII, S. 397.

J. Arnold Jones. Hysterical deafness in children. (Hysterische Taubheit beim Kinde.) Med. chronicle, 1913, Bd. XXVI, S. 31.

Walther Kaupe. Der Säuglingsschnupfen. Mutter und Kind, 1913, Bd. VI, S. 2.

D. Braden Kyle. Review of the literature on nose and throat with reference to children. (Literaturübersicht über Nase und Rachen mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. VI, S. 277.

Georges Laurens. Polype muqueux des fosses nasales chez un nouveau-né. (Schleimpolyp der fossae nasales bei einem Neugeborenen.) Soc. de Laryngol. d'Otologie und de Rhinol. de Paris, 10. November 1913.

Lautmann. Le traitement de la rhinite et de l'adénoidite chez le nourrisson et dans la première enfance. (Behandlung des Schnupfens und der Adenoiditis beim Säugling und in der ersten Kindheit.) Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx, 1913, Bd. XXXIX, S. 254.

Luigi Maccone. Ascesso acuto retro-faringeo di origine otitica ne bambini. Contribuzione clinica. (Akuter Retropharyngealabszeß durch Otitis beim Kinde.) Arch. ital. di otol., rhinol. e laringol., 1913, Bd. XXIV, S. 301.

Louis Martin, H. Darré und **L. Lagane.** Sur quelques accidents de l'intubation dans le croup traité tardivement. Moyens d'y remédier. (Über einige Zwischenfälle bei der Intubation von spät zur Behandlung gelangendem Croup. Mittel zur Abhilfe.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1913, Bd. XXIX, S. 1177.

Mason. Intubation in membranous croup. Kentucky Med. Journ., 15. Oktober 1913.

Monnier. Hypertrophie congénitale de la langue. Ablatation partielle. (Kongenitale Hypertrophie der Zunge. Partielle Abtragung.) Soc. anat., Paris, 14. November 1913.

Friedrich Neumann. Beitrag zur Therapie der erworbenen und angeborenen Gaumendefekte. Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol., 1913, Bd. XLVII, S. 289.

Vittorio Nicolai. Sviluppo dei seni annessi alla cavità nasale. (Entwicklung der Nebenhöhlen der Nase.) Arch. ital. di otol., rinol. e laring., 1913, Bd. XXIV, S. 89.

Max Senator. Weiteres über ätiologische Beziehungen zwischen Rheumatismus und nasalen Erkrankungen. Deutsche med. Wochenschrift, 1913, Bd. XXXIX, S. 894.

Irving Wilson Voorhees. Dangerous middle ear suppuration. (Gefährliche Mittelohreiterung.) Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 644.

Macleod Yearsley. The causes which lead to acquired deafness in children and their prevention. (Die Ursachen der erworbenen Taubheit im Kindesalter und ihre Verhütung.) Child., 1913, Bd. III, S. 895.

Chirurgie.

Hans Abels. Zur Genese und Symptomatologie intrakranieller Blutungen beim Neugeborenen. Arch. f. Gynäkol., 1913, Bd. XCIX, S. 1.

Hugh T. Ashby. A case of new growth in the lung of a child. (Ein Fall von Neubildung in der Lunge eines Kindes.) Med. chron., 1913, Bd. XXVI, S. 33.

L. d'Astros. Les tumeurs cérébrales chez l'enfant. (Zerebraltumoren beim Kinde.) I. Congrès des Pédiatries de Langue française, Paris, 3. und 4. Oktober 1913.

S. C. Beede. Operative technic in intussusception. (Operationstechnik bei Intussuszeption.) Amer. Journ. of Surg., 1913, Bd. XXVII, S. 208.

Bemis. Intubation. Pennsylvania Med. Journ., August 1913.

L. Bérard und **A. Buche.** Absence congénitale de l'appendice et syndrome appendiculaire aigu. (Erscheinungen akuter Wurmfortsatzentzündung bei angeborenem Fehlen des Wurmfortsatzes.) Prov. méd., 1913, Bd. XXVI, S. 288.

Van den Bergh. Un cas de maladie de Schlatter. (Ein Fall von Schlatterscher Krankheit.) Ann. soc. méd. d'Anvers, Bd. LXXIV, Mai Juin.

R. de Berne-Lagarde. Les lésions de l'uretère au cours de l'hystérectomie abdominale et leur traitement. (Läsionen des Ureters bei abdominaler Hysterektomie und ihre Behandlung.) Arch. mensuelles d'Obstétr. et de Gynécol., 1913, Bd. XVIII, S. 11.

Blanc. Sarcome de la langue chez un enfant de douze ans, extirpation, guérison. (Sarkom der Zunge bei einem 12jährigen Kinde, Exstirpation, Heilung.) La Loire méd., 1912, Nr. 5, S. 150.

Zoltan von Bokay. Ein Fall von Riesenzellsarkom im Darm eines 9 Monate alten Kindes. Virchows Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., 1913, Bd. CCXIII, S. 249.

E. Bonnaire und **G. Ecalle.** De la disjonction diaphyso-épiphysaire traumatique de l'extrémité superieure de l'humérus chez le nouveauné (pseudoluxation de l'épaule). (Traumatische Diaphysenlösung des oberen Humerusendes beim Neugeborenen. Pseudoluxation des Schulterblattes.) Arch. mens. d'obstétr. et de gynecol., 1913, Bd. II, S. 49.

J. Braquehaye. M. Adda und **A. Bruch.** Disjonction traumatique de la symphyse sacro-iliaque droite chez une fillette de vingt et un mois. (Traumatische Trennung der rechten Symphysis sacroiliaca bei einem Mädchen von 21 Monaten.) Arch. de méd. des enfants, 1913, Bd. XVI, S. 369.

Brau-Tapie. Fracture ouverte de l'extrémité inférieure de l'humérus chez un enfant de six ans. — Osteo-synthèse par enchevillement. — Résultat excellent. — (Offene Fraktur des unteren Humerusendes bei einem 6jährigen Kinde.) Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux, 1913, Nr. 1, S. 2.

Auguste Broca. Douleur de la hanche chez les jeunes rachitiques. (Hüftschmerzen bei den jungen Rachitischen.) La Presse méd. 1913, Nr. 87, S. 876.

— „Spina bifida" latent avec tumeur. (Latente Spina bifida mit Tumor.) Presse méd., 1913, Bd. XXI, S. 865.

A. Broca und **R. Francais.** Le traitement chirurgical des tumeurs cérébrales. (Chirurgische Behandlung der Hirntumoren.) I. Congrès des Pédiatries de Langue française, Paris, 3. und 4. Oktober 1913.

A. Broca. R. Francais und **Bize.** Dysplasie périostale et fractures intrautérines multiples. (Periostale Dysplasie und multiple intrauterine Frakturen.) Rev. d'orthop., 1913, Bd. XXIV, S. 289.

Aug. Broca und **André Trèves.** Traitement du mal de Pott par la méthode de Lannelongue. (Behandlung der Pottschen Krankheit nach Lannelongue.) Bull. de la Soc. de Péd de Paris, 1913, S. 470.

Jules Broeckart. Traitement des rétrécissements cicatriciels de l'oesophage chez les enfants. (Behandlung der Narbenstenosen des Ösophagus bei Kindern.) Larynx, 1913, Bd. VI, S. 103.

Ottokar Chiari. Papillome im Larynx der Kinder. Wien. med. Wochenschrift, 1913, Bd. XXXIX, S. 2468.

Edred M. Corner. Sarcoma of the femur in a child. (Sarkom des Femur bei einem Kind.) Clin. journ., 1913, Bd. XLII, S. 279.

E. A. Delfino. Beitrag zum Studium der vielfachen Knochenauswüchse. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen, 1913, Bd. XX, S. 577.

Charles N. Dowd. Resection of one-third of the colon for irreducible intussusception in an infant five days old. (Resektion von einem Drittel des Kolons wegen irreponibler Intussuszeption bei einem 5 Tage alten Kinde.) Ann. of surg., 1913, Bd. LVII, S. 713.

Maurice Dubois. Troubles intestinaux par engagement herniaire chez le nourrisson. (Verdauungsstörungen durch Brucheinklemmung beim Säugling.) Scalpel et Liège méd., 1913, Bd. LXV, S. 761.

Alberto Facchin. Un metodo pratico per la cura delle fratture del femore nel neonato. (Eine praktische Methode zur Behandlung der Femurfraktur beim Neugeborenen.) Arte ostetr., 1913, Bd. XXVII, S. 200.

Osvaldo Federici. I polipi rettali nei bambini. (Über Rektumpolypen bei Kindern). Riv. osp., 1913, Bd. II, S. 696.

Aladar Fischer. Über die chirurgische Behandlung der Ectopia testis. Bruns Beitr. zur. klin. Chirurgie, 1913, Bd. LXXXIV, S. 106.

Francais. Ostéomyélite aigue du maxillaire supérieur chez le nourrisson. (Akute Osteomyelitis des Oberkiefers beim Säugling.) Revue pratique d'obstétr. et de pédiatr., 1913, Nr. 275, S. 81.

John Fraser. The treatment of umbilical hernia in children by the subcutaneous elastic ligature. (Behandlung der Nabelhernie im Kindesalter durch subkutane elastische Ligatur.) Lancet, 1913, Bd. II, S. 925.

Friedrich R. von Friedländer. Die koxalgische Attacke im Kindesalter. Wiener klin. Wochenschr., 1913, Bd. XXVI, S. 1022.

Froehlich. Fracture du crâne obstétricale. Torticolis congénital. Bei der Geburt entstandene Schädelfraktur. Angeborener Schiefhals.) Rev. méd. de l'est., 1913, Bd. VL, S. 686.

— Procédé esthétique de cure radicale de la hernie ombilicale chez l'enfant. (Ästhetisches Vorgehen zur radikalen Heilung des Nabelbruches beim Kinde.) Rev. méd. de l'est, 1913, Bd. VL., S. 458.

Gardette. Exostoses multiples. (Multiple Exostosen.) Lyon méd., 1913, Bd. CXXI, S. 577.

Garel und **Gignoux.** Une éplinge dans la bronche gauche chez une fillette de 17 mois. (Eine Stecknadel im linken Bronchus eines 17 Monate alten Mädchens). Ann. d. mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx, 1913, Bd. XXXIX, S. 548.

Ch. Garin und **A. Chalier.** Un cas d'appendicite à oxyure. Ein Fall von Oxyurenappendizitis.) Lyon chirurg., 1913, Bd. IX, S. 418.

Garrow. Intussusception, etc. (Darminvagination.) Canadian Med. Assoc. Journ., September 1913.

Giorgio Giorgie. Un caso di traumatologia cranio-cerebrale infantile. (Ein Fall von kranio-zerebralem Trauma im Kindesalter. Riv. osp., 1913, Bd. III, S. 613.

Débora Goldberg. Le torticolis de naissance est-il d'origine obstétricale ou congenitale? (Ist der Geburtsschiefhals obstretikalen oder kongenitalen Ursprungs?) Thèse de Paris, 1912, Nr. 197.

P. Gorse und **Swynghedauw.** Un procédé nouveau de cure radicale de l'ectopie testiculaire. (Neues Vorgehen zur Radikalbehandlung der Ectopia testis.) Lyon chirurg., 1913, Bd. IX, S. 353.

J. Gourdon. Les troubles nerveux d'hyperexcitabilité observés dans certains cas de luxation congénitale de la hanche. Leur influence au cours du traitement de la luxation. (Die nervösen Störungen der Übererregbarkeit, beobachtet bei gewissen Fällen von kongenitaler Hüftluxation. Ihr Einfluß auf den Verlauf der Behandlung der Luxation). Gaz. des hôp., 1913, Bd. LXXXVI, S. 741.

— Luxation sterno-claviculaire bilatérale, d'origine congénitale. (Beiderseitige kongenitale Luxatio sterno-clavicularis.) Rev. d'orth. 1913, Bd. XXIV, S. 305.

David M. Greig. Hereditary congenital wry-neck. (Erblicher kongenitaler Schiefhals.) Brit. Journ. of childr. dis., 1913, Bd. X, S. 337.

A. Grosse. Un cas de hernie inguinale étranglée chez le nourrisson. La Pédiatrie pratique, 1912, Nr. 22.

A. Grossi. Sur quatre cas de rupture d'organes splanchniques chez les enfants sans lésion apparante extérieure. (Über 4 Fälle von Zerreißungen der Brust- und Bauchorgane bei Kindern ohne sichtbare äußere Verletzung.) Rev. de méd. lég., 1913, Bd. XX, S. 193.

Maurice Guibé. Sur les rapports entre l'appendicite et la diverticulite. (Über die Beziehungen zwischen der Appendizitis und der Entzündung des Meckelschen Divertikels.) Presse méd., 1913, Bd. XXI, S. 713.

P. Guillaume. Deux cas d'invagination intestinale opérés et guéris chez des enfants de quatre et cinq mois. (Zwei Fälle von Darminva-

gination bei Kindern von 4 und 5 Monaten.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris, 1913, Bd. XXXIX, S. 215.

Guinon. de Martel und **Ripart.** A propos des tumeurs cérébrales. Présentation d'une enfant ayant subi la craniectomie décompressive, pour une cécité par stase papillaire bilaterale. Bull. de la soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 420.

E. Cuthbert Hall. Strangulated hernia in an infant. (Eingeklemmter Bruch bei einem Säugling.) British. Med. Journ., 1913, Nr. 2750, S. 673.

Haushalter und **Fairise.** Tumeur atypique de la région sus-claviculaire gauche chez un enfant. (Atypische Geschwulst der Regio supraclavicularis bei einem Kind.) Rev. méd. de l'est., 1913, Bd. XLV, S. 372.

E. Lee Heflin. Esophagotomy for removal of foreign body. (Ösophagotomie zur Entfernung von Fremdkörpern.) Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 704.

Heilporn. Un cas de maladie d'Osgood-Schlatter. (Ein Fall von Osgood-Schlatterscher Krankheit.) Ann. soc. méd. d'Anvers., Bd. LXXIV, Mai/Juni. Philipps (Antwerpen).

George A. Hendon. Fracture of the femur with especial reference to diversity in measurements of injured and uninjured limbs. Pediatrics, 1913, Bd. XXV, S. 580.

Henry Herding. Nécessité et technique de l'intervention chirurgicale dans la hernie ombilicale de l'enfance. (Die Notwendigkeit und Technik des chirurgischen Eingriffes bei Nabelhernie im Kindesalter.) Méd. prat., 1913, Bd. IX, S. 561.

Thomas T. Higgins. Appendicitis causing pelvic cellulitis in a child. (Appendizitis als Ursache einer Zellgewebsentzündung des Beckens bei einem Kind.) British Med. Journ., 1913, Nr. 2753, S. 867.

J. P. Hoguet. The treatment of hernia in infancy. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 769.

G. Houzel. Les arthrites suppurées du nourrisson. Arch. provinciales de chirurg., 1912, Nr. 8.

C. M. Hinds Howell. The results of operative treatment. (Die Erfolge der operativen Behandlung.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VI, S. 127.

Q. W. Hunter. Celiotomy in infancy and early childhood. (Coeliotomie im Säuglings- und frühen Kindesalter.) Amer. Journ. of Surg., 1913, Bd. XXVII, S. 104.

Kahn. Absence of sausage-shaped tumor and mass per rectum in intussusception in infants. (Fehlen des wurstförmigen oder rectal palpablen Tumors bei Darminvaginaion.) Med. Record., 20. September 1913.

Michel de Kervily und **A. Branca.** Sur le testicule en ectopie du nouveau-né. Soc. des sciences méd. de Lyon, 29. Juni 1912, S. 1056.

Kirmisson. Hernie diaphragmatique congénitale; appendicite sous-claviculaire gauche. Soc. de chirurg., Paris, 26. November 1913.

— L'ostéomyélite chez les nourrissons. Journ. des prat., 1912, Nr. 29.

Geo. W. Kosmak. Immediate treatment of depressed fractures of the skull in the new born. (Frühzeitige Behandlung der Depressionsfrakturen des Schädels beim Neugeborenen.) Bull. of the lying-in hosp. of the city of New York., 1913, Bd. IX, S. 34.

Lance. Des fractures de la diaphyse du fémur chez l'enfant et en particulier de leur traitement. (Frakturen der Femurdiaphyse beim Kinde und ihre Behandlung.) Gaz. des hôp., 1912, Nr. 15, S. 859.

— L'existence du signe de Dupuytren dans la luxation congénitale de la hanche chez l'enfant. Sa fréquence et sa signification. (Das Vorkommen des Dupuytrenschen Zeichens bei der kongenitalen Hüftluxation im Kindesalter. Seine Häufigkeit und seine Be-

deutung.) Bull. de la soc. de pédiatrie de Paris, 1913, Bd. XV, S. 209.

Lance. Pièce de luxation congénitale réduite à l'âge de 20 mois. (Präparat einer im Alter von 20 Monaten eingerenkten, angeborenen Hüftverrenkung.) Bull. de la soc. de pédiatrie de Paris, 1913, Nr. 5, S. 246.

Landry. L'invagination intestinale aigue de l'entance, en particulier chez l'enfant de la première année. (Akute Darminvagination beim Kinde und besonders im 1. Lebensjahre.) Thèse de Paris, 1913, Nr. 168.

L. N. Lapeyre. Appendicite chronique et ovaires sclérocystiques. Arch. mensuelles d'obstétr. et de gynécol., 1913, Bd. XXIII, S. 230.

José Lazarraga. Beitrag zur Kenntnis der angeborenen Luxationen im Kniegelenke nach hinten. Med. Klinik, 1913, Bd. IX, S. 1037.

J. Leclercq und **G. Devulder.** A propos d'un cas de fracture du crâne chez un nouveau-né. (Schädelfraktur bei einem Neugeborenen.) Journ. de méd. de Paris, 1913, Bd. XXXIII, S. 601.

E. Lesné. Appendicite aigue au cours de la varicelle. (Akute Appendizitis im Verlauf von Varizellen.) Bull. de la soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 491.

Hugh Lett. Acute intussusception. (Akute Intussuszeption.) Clin. journ., 1913, Bd. XLII, S. 312.

Aldo Lorenzini. Circa un caso di neoplasma pleuropolmonare e consecutiva compressione lenta del midollo in un bambino di 10 anni. (Über einen Fall von pleuropulmonalem Sarkom mit darauffolgender langsamer Kompression des Rückenmarkes.) Riv. di clin. pediatr., 1913, Bd. XI, S. 401.

J. Lorrain. L'appendicite dans le tout jeune âge. (Wurmfortsatzentzündung im frühen Kindesalter.) Journ. de méd. et de chirurg. Montreal., 1913, Bd. VIII, S. 189.

Malarte. Orchi-épididymite de nature douteuse. Hémiplégie ancienne. Présentation de malade. (Orchi-epididymitis zweifelhafter Natur. Alte Hemiplegie. Krankenvorstellung.) Bull. de la soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 429.

Otto Mergelsberg. Über Uteruskarzinom im Kindesalter. Dissertation, Berlin, 1913 (Ebering).

Rudolf Meyer. Zur Kenntnis der Struktur und Pathogenese der embryonalen Hodenteratome. Dissertation, Marburg, 1913 (J. F. Bergmann).

Monnier. Malignes Teratom eines Ovariums bei einem 8jährigen Mädchen. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1913, Bd. XLIII, S. 1016.

— Präparat einer fötalen Invagination. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1913, Bd. XLIII, S. 1015.

Alberto Mugia. Ileo acuto da persistenza del diverticolo di Meckel. La Pediatria, Jänner 1913.

Nageotte-Wilbouchewitsch. Appendicite avec symptômes anormaux chez une enfant de deux ans. Opération. (Appendizitis mit ungewöhnlichen Symptomen bei einem 2jährigen Mädchen. Operation.) Bull. de la soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 431.

J.-T. H. Openshaw. Discussion on the choice of methods in dealing with paralytic deformities in children. (Diskussion über die Wahl der Operationsmethoden bei der Behandlung paralytischer Deformitäten im Kindesalter.) British Med. Assoc., 1913, Nr. 2752, S. 795.

T. Openshaw. The choice of methods of dealing with paralytic deformities in children. (Die Wahl der Behandlungsmethoden der Lähmungsdeformitäten im Kindesalter.) Brit. Med. Journ., 1913, Nr. 2744, S. 247.

A. Orlandini. Extraction d'un corps étranger (haricot) de la bronche d'une petite fille de six ans par la bronchoscopie inferieure.

Guérison. (Extraktion eines Fremdkörpers — Bohne — aus dem Bronchus eines Mädchens von 6 Jahren durch untere Bronchoskopie. Heilung.) Arch. internat. de laryngol. d'otol. et de rhinol., 1913, Bd. XXXVI, S. 111.

Perrin. De l'appendicite dans le tout jeune âge. (Appendizitis in frühester Kindheit.) Bull. officiel des Soc. méd. d'arrondissement de Paris et de la Seine, 1912, Nr. 22, S. 859; Med. infant., 1913, Bd. XXI, S. 38.

– La chirurgie des hernies ombilicales congénitales de la période embryonnaire depuis 20 ans (1893—1913). (Die Chirurgie der kongenitalen Nabelhernien der embryonalen Periode in einem Zeitraum von 20 Jahren, 1893—1913.) Rev. d'orthop., 1913, Bd. XXIV, S. 329.

Phelip und **Salin.** Epithéliome d'un rein chez une enfant de 21 mois. (Nierenepitheliom bei einem Kinde von 21 Monaten.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris, 1913, Bd. LXXXVIII, S. 336.

Felix Pielsticker. Die Behandlung des Mastdarmvorfalls bei Kindern. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 111.

Gino Pieri. La rettorrafia transcutanea nella cura del prolasso rettale grave nei bambini. (Die transkutane Raffung des Rektums in der Behandlung des schweren Mastdarmvorfalles der Kinder.) Riv. di clin. pedatrie, 1913, Bd. XI, S. 664.

E. Plauchu und **P. Savy.** De la nature inflammatoire des chorio-angiomes placentaires. (Tumeurs bénignes du placenta.) Arch. mensuelles d'obstétr. et de gynécol., 1912, Bd. XVIII, S. 247.

Savariaud. L'ectopie testiculaire chez l'enfant. (Hodenektopie beim Kind.) Méd. infant., 1913, Bd. XXI, S. 205.

– Le diagnostic précoce de l'appendicite aigue chez l'enfant. (Die frühzeitige Diagnose der akuten Appendizitis beim Kinde.) Journ. de méd. de Paris, 1913, Bd. XXXIII, S. 633; Med. infant., 1913, Bd. XXI, S. 73.

M. Savariaud. L'invagination intestinale chez l'enfant et son traitement médico-chirurgical. (Die Darminvagination im Kindesalter und ihre interne und chirurgische Behandlung.) Méd. infant., 1913, Bd. XXI, S. 145.; Clin. 1913, Bd. VIII, S. 386.

Savariaud und **Roederer.** Présentation de cas de maux de Pott à forme scoliotique. Bull. de la soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 468.

Silhol. Fractures du coude chez l'enfant. (Ellbogenfrakturen beim Kinde.) Assoc. française de chirurg., Paris, Oktober 1913.

Channing C. Simmons. Localized osteomyelitis of the long bones. (Lokalisierte Osteomyelitis der langen Knochen.) Boston Med. and Surg. Journ., 1913, Bd. CLXVIII, S. 637.

G. C. E. Simpson. Appendicitis in childern. (Appendizitis bei Kindern.) Brit. Med. Journ., 1913, Nr. 2728, S. 770; Brit. Journ. of child. Dis., 1913, Bd. X, S. 400.

Harmon Smith. Safety pin removed from larynx of child by direct laryngoscopy. (Sicherheitsnadel aus dem Kehlkopf eines Kindes entfernt durch direkte Laryngoskopie.) New York Med. Journ., 1913, Bd. XCVIII, S. 313.

Richard R. Smith. Intra-uterine fracture. Report of a case and a review of the literature. (Intrauterine Fraktur. Bericht über einen Fall und Literaturübersicht.) Surg., Gynecol. and Obstetr., 1913, Bd. XVII, S. 346.

Souligoux. Fracture sous-trochantérienne du fémur chez un enfant de 9 ans; traitement par l'extension; guérison sans raccourcissement. Soc. de chirurg., Paris, 26. November 1913.

H. S. Souttar. A lecture on intussusception. (Eine Vorlesung über Intussuszeption.) Brit. Med. Journ., 1913, Nr. 2732, S. 977.

Hans Spitzy. Ein Instrument zur radikalen Phimosenbeseitigung. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 975.

William Thorburn. Surgical treatment. (Chirurgische Behandlung.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VI, S. 113.

J. Vanverts. La chirurgie doit-elle être conservatrice en cas de kyste de l'ovaire? Arch. mensuelles d'obstétr. et de gynécol., 1913, Bd. XVIII, S. 359.

Variot und **L. Monod.** Lipome symétrique de la plante des pieds chez le nourrisson. Hérédité maternelle. (Symmetrisches Lipom der Fußsohlen beim Kinde. Erblichkeit von der Mutter her. Bull. de la soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 426; La clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 613.

Vautrin. Considérations sur les tumeurs kystiques de l'utérus d'origine congénitale. (Zystische Tumoren des Uterus kongenitalen Ursprungs.) Ann. de gynécol. et d'ostétr., Juni 1913, S. 352.

Petit de la Villéon. Hernie appendiculaire chez un nourrisson. Soc. de méd. et de chirurg., Bordeaux, 17. Oktober 1913.

— Rétro-talalgie de la grande enfance. Soc. de méd. et de chirurg., Bordeaux, 17. Oktober 1913.

Maurice Virenque. Les tumeurs malignes primitives du vagin. Primäre Tumoren der Vagina.) Arch. mensuelles d'obstétr. et de gynécol., 1913, Bd. XVIII, S. 175.

Emil Vogt. Hernia duodenojejunalis beim Säugling. Monatsschr. f. Geburtsh., 1913, Bd. XXXVII, S. 817.

Alfred Wachter. Über einen seltenen Fall von kongenitaler Kniegelenksluxation. Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1913, Bd. CXXIII, S. 190.

N. Wassilieff. La tarsalgie des adolescents n'est pas une tuberculose atténuée. Thèse de Paris, 1913, Nr. 237.

E. Weill, G. Mouriquand und **Ch. Gardère.** Énorme tumeur du rein gauche simulant une hypertrophie splénique. Réaction de Weinberg très positive. Opération. Autopsie. Pas de kyste hydatique. La Pédiatrie prat., 1912, Nr. 12, S. 208.

Charles Stanley White. Ovarian teratomata. (Ovarialteratome.) Amer. Journ. of Obstetr., 1913, Bd. LXVIII, S. 236.

J. R. Winslow. Report of a case of bronchoscopy for multiple foreign bodies — halmond sell and pulp — in a child two years of age, with some observations upon bronchoscopy in infants and young children. (Bericht über einen Fall von Bronchoskopie wegen multipler Fremdkörper — Mandelschale und Kern — bei einem 2jährigen Kinde, nebst Bemerkungen über die Bronchoskopie bei Säuglingen und jungen Kindern.) Ann. of Otol., Rhinol. and Laryngol., 1913, Bd. XXII, S. 125.

William C. Woolsey. General anesthesia in the surgery of childhood. (Allgemeine Anästhesie in der Chirurgie des Kindesalters.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LXI, S. 847.

Wurtz. Corps étranger de l'oesophage laissé sept semaines. Oesophagotomie externe cervicale par voie médiane. Guérison. Journ. de méd. de Paris, 1913, Nr. 6, S. 120.

Orthopädie.

Giovanni Bolzani. A proposito di un caso di morbo di Pott. (Fall von Pottscher Krankheit.) Riv. ital. di neuropatol., psichiatr. ed elettroterap., 1913, Bd. VI, S. 345.

James Fränkel. Zur Ätiologie und Therapie des angeborenen Klumpfußes. Zeitschr. f. orthop. Chir., 1913, Bd. XXXII, S. 115.

John Fraser und **John W. L. Spence.** A unique case of congenital scoliosis. (Ein einzigartiger Fall von kongenitaler Skoliose. Arch. of Pediat., 1913, Bd. XXX, S. 276.

Froelich. Pied bot équin progressif de la seconde enfance. Ass. française de chir., Paris, Oktober 1913.

M. Lance. A partir de quel âge peut-on entreprendre le traitement de la luxation congénitale de la hanche? (Mit welchem Jahre kann die Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung angefangen werden?) Gaz. des hôp., 1913, Bd. LXXXVI, S. 359.

— Le pied plat chez l'enfant et l'adulte. (Der Plattfuß beim Kinde und beim Erwachsenen.) Gaz. des hôp., 1913, Bd. LXXXVI, S. 598.

Lovett. Treatment of scoliosis. (Behandlung der Skoliose.) Boston Med. Surg. Journ., 30. Oktober 1913.

René Mesnard. La respiration en orthopédie vertébrale. La prat. des agents phys., 1912, Nr. 5, S. 97.

Ombrédanne. Greffes osseuses rachidiennes dans le traitement du mal de Pott. Soc. de chir., Paris, 22. Oktober 1913.

John Phillips. The value of massage in the treatment of various disorders in children. (Der Wert der Massage bei der Behandlung verschiedener Störungen im Kindesalter.) Amer. Journ. of the Med. Sciences, 1913, Bd. CXLV, S. 504.

Adalbert Reiche. Die orthopädisch-chirurgische Behandlung der Lähmungen im Kindesalter. Übersichtsreferat. Zeitschr. f. Kinderheilkunde, 1913, Bd. V, S. 321.

Leonhard Rosenfeld. Die Bekämpfung der Rachitis als Forderung der offenen Krüppelfürsorge. Zeitschr. f. Krüppelfürsorge, 1913, Bd. VI, S. 199.

Rott. Bericht über die konstituierende Mitgliederversammlung des deutschen Krippenverbandes und Krippenkonferenz. Frankfurt am Main, 24. Mai 1913. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1913, Bd. V, S. 318.

Savariaud. Ce qu'il faut savoir de la luxation congénitale de la hanche. (Was man von der kongenitalen Hüftluxation wissen muß.) Méd. infant., 1913, Bd. XXI, S. 32.

Fr. Schede. Zur pathologischen Anatomie der kongenitalen Hüftverrenkung. Zeitschr. f. orthop. Chir., 1913, Bd. XXXII, S. 427.

Fritz Trillmich. Die rachitischen Verkrümmungen der unteren Extremitäten. Klin.-therap. Wochenschr., 1913, Bd. XX, S. 421 und 451.

Vignard. Le traitement des pieds bots chez l'enfant. (Behandlung des Klumpfußes beim Kinde.) L'Avenir méd., 1912, S. 2225.

E. Petit de la Villéon. Coxa vara de l'enfance et luxation congénitale de la hanche. Diagnostic différential. (Coxa vara und kongenitale Hüftgelenksluxation. Differentialdiagnose.) Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux, 1912, Nr. 49, S. 579.

Mißbildungen.

H. Abrand. Les fistules congénitales de l'oreille. Le Monde méd., 1913, Nr. 474, S. 47.

J. E. Adams. Congenital coalescence of radius and ulna. (Kongenitale Verwachsung des Radius mit der Ulna.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VI, S. 136.

Paul Albrecht. Über plastischen Ersatz der Vagina bei angeborenem Defekt derselben. Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1913, Bd. CXXII, S. 562.

G. B. Allaria. La macchia sacrale blu dell' infanzia. (Der Mongolenfleck im Kindesalter.) Pediatria, 1913, Bd. XXI, S. 85.

Audebert und **Berny.** Hydrocéphalie anencéphalique. Difficultés du diagnostic. (Hydrozephalus bei einem Anenzephalus. Schwierigkeiten der Diagnose.) Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol., 1913, Bd. II, S. 40.

A. S. Blundell Bankart. Bilateral cervical ribs; symptoms on right side only; operated on twice — last operation January 1912. (Beiderseitige Halsrippen, nur rechtsseitige Symptome, zwei-

malige Operation.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VI, S. 147.

G. Barbézieux. Malformations congénitales observés chez deux consanguins issus de parents lépreux. Contribution à l'étude de l'hérédité lépreuse. (Kongenitale Mißbildungen bei zwei Brüdern, die von leprösen Eltern stammten. Beitrag zum Studium der Heredität der Lepra.) Rev. de méd., 1913, Bd. XXXIII, S. 737.

Koloman Buday. Über eine hochgradige Entwicklungsstörung der Nieren bei einem Neugeborenen in Verbindung mit anderen Entwicklungsfehlern (Laryngealstenose, Verkrümmung des Unterschenkels). Virchows Arch., 1913, Bd. CCXIII, S. 253.

Jean Chamaillard. Étude sur l'anonychie (absence congénitale des ongles). Thèse de Paris, 1913, Nr. 184.

Citelli. Sur la fréquence relative du canal cranio-pharyngien chez les enfants et les jeunes gens et sur l'importance de ce fait pour ma théorie. (Über die relative Häufigkeit des Canalis craniopharyngeus im Kindes- und Jünglingsalter und die Bedeutung dieser Tatsache für meine Theorie.) Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx, 1913, Bd. XXXIX, S. 338.

Publio Ciuffini. Réacutisation de l'hydrocéphalie interne congénitale avec symptômes bulbaires. (Verschlimmerung eines angeborenen Hydrocephalus internus mit bulbären Symptomen.) Nouv. iconogr. de la salpêtr., 1913, Bd. XXVI, S. 209.

Karl Cramer. Zur Anatomie der Spina bifida occulta. Zeitschr. f. orthop. Chir., 1913, Bd. XXXII, S. 440.

L. Delrez. Les formations pathologiques branchiogènes du cou. Branchiogene Krankheitszustände des Halses.) Arch. gén. de chir., 1913, Bd. VII, S. 1.

Max Dienel. Zur Lehre von dem Situs viscerum inversus. Nebst kasuistischem Beitrag. Dissertation, Berlin, 1913 (Ebering).

Dräseke. Zur Kenntnis der Scapula scaphoidea (Graves). Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandlung d. jugendl. Schwachsinns, 1913, Bd. VI, S. 468.

N. Bishop Harman. A case of congenital deformity of both fore-limbs and of the external recti muscles of each eye. (Ein Fall von Mißbildung beider oberen Extremitäten und der Musculi recti externi beider Augen.) West London Med. Journ., 1913, Bd. XVIII, S. 103.

K. Hayashi und **M. Matsuoka.** Angeborene Mißbildungen kombiniert mit der kongenitalen Hüftverrenkung. Zeitschr. f. orthop. Chir., 1913, Bd. XXXI, S. 369.

Irving S. Haynes. Cisterna-sinus drainage for hydrocephalus. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 670.

— Congenital internal hydrocephalus. Its treatment by drainage of the cisterna magna into the cranial sinuses. (Hydrocephalus congenitus internus. Behandlung durch Drainage der Cisterna magna in die Hirnsinus.) Ann. of Surg., 1913, Bd. LVII, S. 449.

Josef Hillmann. Ein Fall von Arhinenzephalie mit medianer Spaltung der Oberlippe. Dissertation, Bonn, 1912 (H. Ludwig).

Karl Hochsinger. Ein Fall von angeborenem Turmschädel. Monatsschrift f. Kinderheilk., 1913, Bd. XII, S. 490.

Hinds Howell. Case of cervical rib (operation). (Operierter Fall von Halsrippe.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VI, S. 142.

L. Miller Kahn. Congenital bilateral fistulae of the lower lip. Kongenitale bilaterale Fisteln der Unterlippe.) Amer. Journ. of the Med. Scienc., 1913, Bd. CXLVI, S. 1159.

Hermann Küttner. Der angeborene Turmschädel. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 2209.

G. A. Landmann. Situs inversus viscerum totalis regularis. Journ. Lancet, 1913, Bd. XXXIII, S. 460.

Guido Lerda. Zur Behandlung der Syndaktylie. Zentralbl. f. Chir., 1913, Bd. XL, S. 1396.

Ernest W. Lewis. A note on a case of a large meningocele in the occipital region. (Beobachtung eines Falles einer großen Meningozele in der Hinterhauptgegend.) Liverpool med.-chir. Journ., 1913, Bd.. XXXIII, S. 523.

Albert Lorenz. Ein Fall von doppelseitigem, angeborenem Defekt des Radius. Wiener med. Wochenschr., 1913, Bd. LXIII, S. 1052.

H. Maass. Die kongenitale Vorderarmsynostose. Deutsche med. Wochenschrift, 1913, Bd. XXXIX, S. 704.

Constantin Macaronopoulos. Neuf cas de taches bleues mongoliques en Grèce. (9 Fälle von Mongolenfleck in Griechenland.) Bull. de la soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 506.

Joseph Malkin. Ein Beitrag zur Lehre von der Polydaktylie. Dissertation, Halle a. S., 1913 (Hohmann).

Martin und **Berny.** Spina bifida. Myelo-méningocèle. Soc. d'obstétr. et de gynécol., 1913, 7. Februar.

Hermann Marx. Demonstration eines Kindes ohne Kleinhirn. Verhandlungen d. otologischen Gesellsch., Jena, 1913, Bd. XXII, S. 184.

Richard Mees. Kleinhirnexstirpation bei einem Fall von angeborener Hydroencephalocele occipitalis. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol., 1913, Bd. XVIII, S. 1.

Eduard Melchior. Die Madelungsche Deformität des Handgelenks. Ergebnisse d. Chir., 1913, Bd. VI, S. 649.

Kurt Mendel. Über Halsrippen. Neurologisches Zentralbl., 1913, Bd. XXXII, S. 556.

Rudolph Meyer. Die ursächlichen Beziehungen zwischen dem Situs viscerum und Situs cordis. Arch. f. Entwicklungsmech. d. Organismen, 1913, Bd. XXXVII, S. 85.

Gustavo Modena. Totales Fehlen des Gehirns und des Rückenmarks. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 1913, Bd. XLVI, S. 158.

Ketil Motzfeldt. Drei Fälle von offenstehendem Ductus arteriosus Botalli. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 2037.

Friedel Nachimowitsch. Ein Fall von Syndaktylie. Dissertation, München, 1913 (Kastner & Gallwey).

Giovanni Negri. Un caso di meningocele occipitale. (Ein Fall von Meningocele occipitalis.) Clin. chir., 1913, Bd. XXI, S. 1575.

Selian Neuhof. A case of congenital familial dextrocardia. (Ein Fall von kongenitaler familiärer Dextrokardie.) Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1913, Bd. LX, S. 1064.

Henri Noel. Contribution à l'étude des doubles pouces. Thèse de Paris, 1913, Nr. 131.

Payau und **Mattei.** Malformations multiples chez une anencéphale: rein en fer à cheval, hermaphrodisme, lobe supplémentaire du poumon, diverticule de Meckel. Malformations des voies d'excrétion urinaire chez un nouveau-né. Marseille méd., 1912, S. 372.

Marc Perrin. Un cas d'arrêt de développement du gros intestin et de la partie terminale de l'intestin grêle. (Ein Fall von Entwicklungshemmung des Dickdarms und des Endteiles des Dünndarms.) Clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 165.

F. J. Poynton. Case of bilateral cervical ribs; operation upon the left side. Unsatisfactory results. (Fall von doppelseitiger Halsrippe, Operation auf der linken Seite. Unbefriedigendes Resultat.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VI, S. 141.

P. R. Prudhomme. L'absence congénitale du fémur. (Kongenitales Fehlen des Femur.) Thèse de Paris, 1912, Nr. 227.

L. Bathe Rawling. Two cases of cervical ribs — operation. (Zwei operierte Fälle von Halsrippen.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VI, S. 142.

W. M. Robson und **N. B. Odgers.** Congenital absence of tibiae and other deformities. (Kongenitales Fehlen der Tibia und andere Deformitäten.) Brit. Journ. of Child. Dis., 1913, Bd. X, S. 116.

Eugen Salomon. Über einen Fall von kongenitaler Anorchie. Dissertation, Bonn, 1913.

Percy Sargent. Some points in the surgery of cervical ribs. (Gesichtspunkte für die Chirurgie der Halsrippen.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VI, S. 117.

Carl Schetter. Über einen Fall von Verwachsungen der Plazenta mit dem kindlichen Schädel. Als Beitrag zur Kasuistik der Mißbildungen. Dissertation, Bonn, 1913 (Schleypen, Cöln-Ehrenfeld).

Schmid. Deux observations de macrodactylie du pied. Bull. chir. de Cannes, 1912, Nr. 13, S. 3.

William Sheen. A case of removal of a left cervical frib. (Entfernung einer linksseitigen Halsrippe.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VI, S. 148.

G. C. E. Simpson. Congenital anomalies connected with the development of the umbilicus. (Kongenitale Nabelmißbildungen.) Liverpool med.-chir. Journ., 1913, Bd. XXXIII, S. 427.

Pierre Stauffer. Un cas de défect partiel congénital de la colonne vertébrale et de la moelle épinière avec fente thoraco-abdomino-pelvienne. (Ein Fall von angeborenem, partiellem Defekt der Wirbelsäule und des Rückenmarkes mit Thorakoabdominalbeckenspalte.) Rev. méd. de la Suisse Romande, 1913, Bd. XXXIII, S. 97.

O. Stuelp. Über familiären Mikrophthalmus congenitus bei 8 von 14 Geschwistern. Graefes Arch. f. Ophthalmol., 1913, Bd. LXXXVI, S. 136.

Julius Tandler und **Siegfried Grosz.** Eunuchoidismus. Wiener med. Wochenschr., 1913, Bd. LXIII, S. 1409.

Lewis Thatcher. Case of congenital defect of abdominal muscles, with anomaly of urinary apparatus. (Fall von kongenitalem Bauchmuskeldefekt mit Anomalie des Harnapparates.) Edinburgh med. Journ., 1913, Bd. XI, S. 127.

J. J. Thomas. Report of a case of total congenital absence of the femur (phocomelie). (Fall von totalem Femurdefekt. Phocomelie.) Cleveland Med. Journ., 1913, Bd. XII, S. 321.

Tourniere und **Duening.** De la conduite à tenir chez le nouveau-né atteint de spina bifida. Arch. provinciales de chir., 1912, Nr. 11.

T. Veau und **L. Lamy.** Ectrodactylie du pied droit. Rev. d'Orthoped., 1913, Nr. 4, S. 369.

K. Vogel. Über familiäres Auftreten von Polydaktylie und Syndaktylie. Fortschritte a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen, 1913, Bd. XX, S. 443.

R. H. Anglin Whitelocke. Case of cervical rib — operation. (Operierter Fall von Halsrippe.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VI, S. 145.

S. A. Kinnier Wilson. Some points in the symptomatology of cervical rib, with especial reference to muscular wasting. (Einige Punkte in der Symptomatologie der Halsrippen mit besonderer Berücksichtigung des Muskelschwundes.) Proceed. of the Roy. Soc. of Med., 1913, Bd. VI, S. 133.

Costanzo Zenoni. Situs viscerum inversus totalis. Osp. magg. Milano, 1913, Bd. I, S. 236.

Julian Zils. Ein teratoider Epignathus des Oberkiefers. Österr.-ungar. Vierteljahrschr. f. Zahnheilk., 1913, Bd. XXIX, S. 329.

Vergiftungen.

V. Balthazard und **M. Nicloux.** Intoxication mortelle oxycarbonée chez une femme enceinte de huit mois. Dosage de l'oxyde de carbone dans le sang maternel et dans le sang foetal. (Tödliche Kohlenoxydvergiftung bei einer im 8. Monat Schwangeren. Bestimmung des Kohlenoxyds im mütterlichen und fötalen Blut.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol., 1912, Nr. 9, S. 968; Arch. mens. d'obstétr. de gynécol., 1913, Bd. XVIII, S. 161.

Gerichtliche Medizin.

J. Sabrazès, P. Lande und **L. Muratet.** Seconde note sur le sang cadavérique, en médecine légale, du foetus, du nouveau-né et de l'enfant. (Zweite Mitteilung über das Leichenblut des Fötus, Neugeborenen und Kindes in forensischer Beziehung.) Gaz. hebdom. des scienc. méd. de Bordeaux, 1913, Bd. XXXIV, S. 229.

Vakzination.

D'Astros. Un chas de vaccine généralisée terminé par la mort. (Generalisierte Vakzine mit tödlichem Verlauf.) Marseille méd., 1912, Nr. 5, S. 149.

L. Camus. La loi sur la vaccination obligatoire est-elle bien appliquée? Acad. de méd., Paris, 9. Dezember 1913.

Edmond Chaumier. Quelques réflexions sur les enfants très sensibles et les enfants très résistants à la vaccine. (Betrachtungen über Über- und Unterempfänglichkeit gegen Vakzine bei Kindern.) Rev. internat. de la vacc., 1913, Bd. III, S. 457.

Alois Epstein. Über Blattern und Impfung in Böhmen. Arch. f. Dermatologie u. Syphilis, 1913, Bd. CXVI, S. 395.

Gr. Jacobson. Réaction inflammatoire à l'occasion d'une nouvelle vaccination, au niveau d'une cicatrice vaccinale datant d'un an. (Entzündliche Reaktion gelegentlich einer neuen Impfung in einer ein Jahr alten Impfnarbe.) Cpt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol., 1913, Bd. LXXV, S. 236.

Hygiene und soziale Medizin.

Achard. Sur la révision de la loi Roussel. (Über die Revision des Rousselschen Gesetzes.) Bull. de l'acad. de méd. de Paris, 1913, Bd. LXIX, S. 358.

Ilse von Arlt. Der persönliche Faktor in der Fürsorge. Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendf., 1913, Bd. V, S. 219.

Ascher. Die Säuglingsfürsorge im Stadt- und Landkreis Hamm. Zeitschrift f. Säuglingsschutz, 1913, Bd. V, S. 184.

S. Josephine Baker. The reduction of infant mortality in New York City. (Der Rückgang der Säuglingssterblichkeit in der Stadt New York.) Amer. Journ. of Dis. of Child., 1913, Bd. V, S. 151.

Angela von Baltz. Vorschlag zu einer neuen praktischen Fürsorgeeinrichtung. Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendf., 1913, Bd. V, S. 230.

Joseph M. Baernreither. Jugendpflege in Triest. Zeitschr. f. Kinderschutz u. Jugendf., 1913, Bd. V, S. 227.

Marie Baum. Die Stellung der Frau in der Reichsversicherungsordnung. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1913, Bd. VII, S. 225, 261.

Wilhelm Becker. Ein bedeutungsvoller Schritt auf dem Gebiete der Jugendfürsorge. Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendf., 1913, Bd. V, S. 240.

R. Behrens. Statistischer Rückblick auf die Säuglingssterblichkeit im Großherzogtum Baden. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1913, Bd. VII, S. 156.

Henry Boehm. Was bezweckt ein Zusammenschluß der deutschen Krippen? Zeitschr. f. Säuglingssch., 1913, Bd. V, S. 167.

Brennecke. Die Vereinigung zur Förderung der Wöchnerinnenanalyse und ihre sozialhygienischen Bestrebungen. Zentralbl. f. Gynäkol., 1913, Bd. XXXVII, S. 1285.

Georges Cahen. Les cantines maternelles. (Mütterspeiseanstalten.) Clin. infant., 1913, Bd. XI, S. 168.

Louis Cruveilhier. Mortalité infantile et taudis. (Säuglingssterblichkeit und Wohnungsnot.) Nourrisson, 1913, Bd. I, S. 276.

Ernö Deutsch. Pédiatrie, Hygiène et protection de l'enfance. Arch. de méd. des enfants., 1913, Bd. XVI, S. 663.

— Sozialhygienische Versorgung der abnormen Kinder. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1913, Bd. VII, S. 167, 202.

Dörfler. Die Tätigkeit des beamteten Arztes auf dem Gebiet der Säuglingsfürsorge. Mutter und Kind, 1913, Bd. VI, S. 2.

Henry Dupuy. La mortalité infantile et la morti-natalité dans les contrées de Captieux et Villandraut. (Die Kindersterblichkeit und die Totgeburten in der Gegend von Captieux und Villandraut.) Gaz. hebdom. des scienc. méd. de Bordeaux, 1913, Bd. XXXIV, S. 315.

C. A. Ewald. (Über die Entwicklung der Kinderheilstätten an den deutschen Seeküsten). Zeitschr. f. Balneol. und Kurort-Hygiene, 1913, Bd. VI, S. 309.

H. Fehling. Der Geburtenrückgang und seine Beziehung zum künstlichen Abort und zur Sterilisierung. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1913, Bd. LXXIV, S. 68.

Fernet. Discussion du rapport de M. Achard sur la revision de la loi Roussel. Acad. de Méd. 4. November 1913.

David Forsyth. The medical inspection of infants and children under age. Pediatr., 1913, Bd. XXV, S. 644.

Freund. Die ärztlichen Forderungen für die Organisation der Kleinkinderfürsorge. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1913, Bd. V, S. 234.

Gottstein. Die Organisation der Kleinkinderfürsorge in der Gemeinde. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1913, Bd. V, S. 235.

George M. Gould. Saving the backward school child. (Schutz für das zurückgebliebene Schulkind). Journ. od the americ. med. assoc. 1913, Bd. LX, S. 1059.

James Gray. The prevention of infant mortality. (Verhütung der Kindersterblichkeit). Pediatr., 1913, Bd. XXV, S. 639.

Guillaumet. Une école de puériculture avec consultation de nourrissons dans une école normale de jeunes filles. (Eine Kinderfürsorge mit Säuglingssprechstunden in einer gewöhnlichen Mädchenschule). Bull. mens. de la soc. d'hyg. de l'enfants., 1913, XXVII, S. 51.

Guradze und **Eisenstadt.** Krankheit und Kinderzahl bei den Frauen der mittleren Postbeamten. Fortschr. f. Med., 1913, Bd. XXXI, S. 512.

Hanssen. Zum Geburtenrückgang. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 2004.

Peter Hanssen. Die Säuglingssterblichkeit und ihre Bekämpfung in der Stadt Kiel. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1913, Bd. VII, S. 77 und 113.

— Mehr Fürsorge für eheliche Säuglinge. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1913, Bd. V, S. 222.

Chas. J. Hastings. The role played by milk in infant mortality. (Die Rolle, die die Milch in der Säuglingssterblichkeit spielt.) Amer. med., 1913, Bd. XIX, S. 428.

Herzog. Reichsversicherungsordnung und Säuglingsschutz. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1913, Bd. V, S. 350.

Hillenberg. Geburtenhäufigkeit, Allgemeinsterblichkeit und Säuglingsmortalität in den einzelnen Regierungsbezirken Preußens, während der Jahre 1886 bis 1910 nach Stadt und Land getrennt. Arch. f. soz. Hygiene, 1913, Bd. VIII, S. 37.

Georg Hirsch. Die Gründe des Nichtstillens und die Frage der Stillfähigkeit. Frauenarzt, 1913, Bd. XXVIII, S. 386.

Th. Hoffa. Säuglingsfürsorge in Barmen 1912/13. Zentralbl. f. allg. Gesundheitspflege, 1913, Bd. XXXII, S. 255.

E. Jahnke und **J. Pick.** Über Säuglingssterblichkeit. Eine physikalische Studie. Klin.-therap. Wochenschr., 1913, Bd. XX, S. 449.

Philip van Ingen. A campaign of prenatal hygiene in New York. Arch. of Pediatr., 1913, Bd. XXX, S. 838.

Julius Joel. Die staatliche Säuglingsfürsorge in Lübeck. Arch. f. Kinderheilk., 1913, Bd. LX und LXI, S. 427.

A. Keilmann. Die Geburtshilfe und Säuglingsfürsorge. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1913, Bd. LXXIII, S. 335.

Franz Koebner. Säuglingsfürsorge und Mädchenerziehung. Klin.-therap. Wochenschr., 1913, Bd. XX, S. 426.

Fernand Laurent. La dépopulation en France et an Allemagne. (Der Bevölkerungsrückgang in Frankreich und Deutschland.) Enfance, 1913, Bd. I, S. 425.

Lecucq. La Fondation Budin. Thèse de Paris, 1913. Januar

Ernest J. Lederle. Plans for summer work in combatting diseases of infancy in New York City. (Pläne für die Sommerarbeit zur Bekämpfung der Säuglingskrankheiten in New York Stadt.) Amer. med., 1913, Bd. XIX, S. 425.

W. Estell Lee. The wet-nursing of foundlings. (Die Pflege von Findlingen.) Brit. journ. of childr. dis. 1913, Bd. X, S. 169 und Arch. of Pediatr., 1913, Bd. XXX, S. 144, 509.

H. Liefmann. Steigerungen der Säuglingssterblichkeit im Frühjahr. Deutsche med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXIX, S. 1729.

Jullian Louis. La protection hygiénique de l'enfance à Toulouse. Thèse de Toulouse, 1913, Nr. 44.

Eugène Lust. Consultations de nourrissons et cliniques infantiles. (Säuglingssprechstunden und Kinderkliniken.) Rev. belge de puéricult, 1913, Bd. II, S. 129.

Etienne Martin. Etudes sur l'enfance coupalbe. La protection et l'observation des enfants délinquants au moment de leur séjour dans les prisons. (Studien über kriminelle Jugendliche. Schutz und Beobachtung jugendlicher Verbrecher während ihres Aufenthaltes im Gefängnis.) Arch. d'anthrocol. crim. de méd. lég., 1913, Bd. XXVIII, S. 111.

Josef Meier. Säuglings- und Kinderkrippen. Blätter f. Säuglingsfürsorge, 1913, Bd. IV, S. 358.

Meignant. Les consultations des nourrissons à la campagne. Anjou méd., 1913, Nr. 4.

Leopold Moll. Die Säuglingssterblichkeit im Großherzogtum Salzburg. Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendf., 1913, Bd. V, S. 249.

Moore. Infant mortality. (Säuglingssterblichkeit.) Georgia Med. Assoc. Journ., August 1913.

Niemeyer. Geburtenrückgang. Mutter und Kind, 1913, Bd. VI, S. 5.

Paterne. La loi Roussel (améliorations à apporter au contrôle de l'élevage.) (Das Rousselsche Gesetz. Verbesserungen in der Kontrolle der Ziehkinder.) Rev. philanthrop., 1913, Bd. XXXIII, S. 17.

Paul. Durchführung der Organisation der Stillbeihilfen in der Gemeinde. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1913, Bd. V, S. 231.

Perreau. La dépopulation et la mortalité infantile. Causes et rmédes. (Entvölkerung und Kindersterblichkeit. Ursachen und Mittel zu ihrer Bekämpfung.) Enfance, 1913, Bd. I, S. 401.

Raphael Raimondi. A propos du titre l'Institut de Puériculture. La Rev. de Puéricult., 1913, Bd. IX, S. 109.

R. W. Raudnitz. Frauenkurse über Säuglings- und Kinderpflege. Prager med. Wochenschr., 1913, Bd. XXXVIII, S. 487.

Hermann Römer. Die Rostocker Kostkinder in den beiden ersten Jahren 1910/11 nach der Reorganisation des Kostkinderwesens. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1913, Bd. VII, S. 191, 237, 272.

E. Rösle. Die Statistik des Geburtenrückganges in der neueren deutschen Literatur. Arch. f. soz. Hygiene, 1913, Bd. VIII, S. 145.

Rott. Die Entwicklung und der gegenwärtige Stand der Stillbeihilfen (Stillunterstützungen, Stillprämien) in Deutschland. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1913, Bd. V, S. 230.

— Die Kinder außerhäuslich erwerbstätiger Ehefrauen und ihre Versorgung. Erg.-H. d. Zeitschr. d. Säuglingssch., 1913, Bd. I, S. 108.

Rott. Organisation eines deutschen Krippenverbandes. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1913, Bd. V, S. 174.

Ludwig Ruland. Das Findelhaus, seine geschichtliche Entwicklung und sittliche Bewertung. Veröffentl. d. Ver. d. Säuglingsfürs. im Reg.-Bez. Düsseldorf, 1913, H. 9/10.

P. de Sagher. Ce que doit être une parfaite consultation de nourrissons. (Wie muß eine gute Säuglingsfürsorge beschaffen sein?) Scalpel et Liège méd., 1913, Bd. LXV, S. 762.

B. Salge. Die Stellung der Ärzte in der Säuglingsfürsorge. Zeitschr. f. Säuglingsfürs., 1913, Bd. VII, S. 149.

Arthur Schlossmann. Das Wiederaufleben der Drehlade. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1913, Bd. VII, S. 142.

— Die treibenden Kräfte. (Ein Beitrag zur Frage des Geburtenrückganges.) Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1913, Bd. VII, S. 185.

G. Hermann Sieveking. Einige Bemerkungen über die Säuglingssterblichkeit Hamburgs. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1913, Bd. VII, S. 99.

Thiemich. Ärztliche Forderungen zur Organisation der Stillbeihilfen auf Grund der bisherigen Ergebnisse. Zeitschr. f. Säuglingsschutz, 1913, Bd. V, S. 231.

A. Tilmant. La prophylaxie des nourrissons dans les crèches et les gouttes de lait. (Die Prophylaxe im Säuglingsalter in den Krippen und in den Milchverteilungsstellen.) Progr. méd., 1913, Bd. XLIV, S. 429.

G. Variot. La création d'écoles de puériculture départementales pour les nourrices et les éleveuses des enfants-assistés. (Die Gründung von Provinzialschulen zur Ausbildung von Ammen und Pflegerinnen für unterstützte Kinder.) Clinique infant, 1913, Bd. XI, S. 545.

Veil-Picard und **Sergent.** La loi Roussel. Des améliorations à apporter au contrôle de l'élevage. (Das Gesetz Roussel. Vorschläge für Verbesserung der Aufsicht.) Rev. philantrop., 1913, Bd. XXXIII, S. 417.

Wendel. Syphilitische Pflegekinder. Jugendfürsorge, 1913, Bd. XIV, S. 351.

Australisches Gesetz betreffend Zahlung von Mutterschaftsprämien in Kraft getreten am 10. Oktober 1912). Zeitschr. f. Säuglingssch., 1913, Bd. V, S. 156.

Unterstützung von Müttern, ein neuer Zweig sozialer Fürsorge in Amerika. Zeitschr. f. Kindersch. u. Jugendfürsorge, 1913, Bd. V, S. 58.

Durchführung sozial-hygienischer Aufgaben im Landkreise Düsseldorf. Mutter und Kind, 1913, Bd. VI, S. 3.

Beisätze betreffend Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. Blätter f. Säuglingsfürsorge, 1913, Bd. V, S. 293.

Säuglingsernährung, Säuglingssterblichkeit und Säuglingsschutz in den Städten Hannover und Linden. Ergänzungsh. d. Zeitschr. f. Säuglingssch., 1913, Bd. II, S. 7.

Säuglingssterblichkeit in Bayern im Jahre 1912. Münchener med. Wochenschr., 1913, Bd. LX, S. 1414.

Hospitalswesen.

Paul Gallois. Le coup de chaleur des nourrissons et la réfrigération des crèches. (Der Hitzschlag der Säuglinge und die Kühlhaltung der Krippen.) Bull. gén. de thérap., 1913, Bd. CLXV, S. 845; Bull. méd., 1913, Bd. XXVII, S. 485.

Otto Hornemann und **Anna Müller.** Einrichtungen zur Verhütung der Übertragungen von Infektionskrankheiten in Kinderspitälern und ihre Beurteilung nach den bisher vorliegenden experimentellen Untersuchungen. Ergebnisse d. inneren Med., 1913, Bd. XI, S. 492.

Nageotte-Wilbouchewitch. Le service social à l'hôpital. Bull. de la soc. de Pédiatrie de Paris, 1913, S. 481.
Siegfried Weiss. Säuglingsfürsorge und Kinderspital. Wiener klin. Wochenschr., 1913, Bd. XXVI, S. 62.

Schule.

Mc Beath. Correction of impediments of speech in our public schools. (Behandlung der Sprachdefekte in der Schule.) Journ. Amer. Med. Assoc., 1. November 1913.
M. F. Bussière. L'inspection médicale des écoles et des écoliers. (Ärztliche Überwachung der Schulen und Schüler.) Ann. d'hyg. publ. et de méd. légd., 1913, B. XX, S. 175.
Chotzen. Sexualpädagogische Tätigkeit. Mitteilungen d. deutsch. Gesellsch. z. Bekämpf. d. Geschlechtskrankh., 1913, Bd. XI, S. 66.
Matthäus Doell. Die Sexualpädagogik in ihrer Beziehung zur Schule. Internat. Arch. f. Schulhyg., 1913, Bd. IX, S. 1.
Frederick Gardiner. Some remarks on the diagnosis and treatment of skin diseases in school-children. (Einige Bemerkungen über Diagnose und Behandlung der Hautkrankheiten bei Schulkindern.) Clin. Journ., 1913, Bd. XLII, S. 110.
Krassmöller und **Kurt Tucholsky.** Reifeprüfung und Nervosität. Zeitschrift f. Schulgesundheitspfl., 1913, Bd. XXVI, S. 785.
Langerhans. Hygienische Vorträge im Rahmen der schulärztlichen Tätigkeit. Der Schularzt, 1913, Bd. XI, S. 177.
Maddox. Medical inspection of schools. (Ärztliche Schulaufsicht.) South Carolina Med. Assoc. Journ., Oktober 1913.
Wachenheim.
E. Mazoyer. Protection et surveillance du développement de l'enfant. Le fichier danitaire scolaire. (Schutz und Überwachung der Entwicklung des Kindes; der Gesundheitsbogen in der Schule.) Prov. méd., 1913, Bd. XXVI, S. 362.
Moldenhauer. Ein amtlicher Schulpsychologe. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1913, Bd. XXVI, S. 837.
Alfred A. Mumford. Cardiac efficiency from the school point of view. (Leistungsfähigkeit des Herzens vom Standpunkte der Schule aus.) Brit. Med. Journ., 1913, Nr. 2752, S. 793.
Muskat. Fußerkrankungen bei Schulkindern. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1913, Bd. XXVI, S. 641.
Mutel. De l'utilité de la création d'une inspection médicale des écoles au point de vue des affections orthopédiques en général et des déviations de la colone vertébrale en particulier. (Zweckmäßigkeit ärztlicher Überwachung der Schüler von orthopädischen Gesichtspunkten aus, insbesondere hinsichtlich der Verbiegungen der Wirbelsäule.) Rev. méd. de l'est., 1913, Bd. XLV, S. 545.
Francois Naville. Les classes spéciales pour enfants anormaux. De leur rôle et de leur organisation actuelle en Suisse, à Genève en particulier. (Sonderklassen für anormale Kinder. Ihre Rolle und gegenwärtige Organisation in der Schweiz, im besonderen in Genf.) Schweizer Rundschau f. Med., 1913, Bd. XIII, S. 865.
H. Chr. Nussbaum. Welchen Fußboden soll man für die Klassenzimmer der Volksschulen verwenden? Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1913, Bd. XXVI, S. 668.
Walter W. Roach. Open-air schools for healthy children. (Freiluftschulen für gesunde Kinder.) Med. Record., 1913, Bd. LXXXIV, S. 209.
L. T. Royster. The school child in its relation to eugenics. Arch. of Pediatrics, 1913, Bd. XXX, S. 844.
— The subnormal school child. (Das unternormale Schulkind.) Bull. of the Amer. of Acad. Med., 1913, Bd. XIV, S. 88.

Schlaeger. Das Gesetz für das Großherzogtum Oldenburg vom 27. Juni 1913 betreffend ärztliche Überwachung der Schulkinder. Zeitschrift f. Medizinalbeamte, 1913, Bd. XXVI, S. 641.
Eugen Schlesinger. Das psychische Verhalten der schwachbegabten Schulkinder und ihre Charakterentwicklung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat., 1913, Bd. XVII, S. 10.
— Der Intelligenzdefekt der schwachbegabten Schulkinder. Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psychiat., 1913, Bd. XV, S. 564.
Schlüter und **Loer.** Anstellung von Schulärzten, insbesonders auf dem Lande. Zeitschr. f. Medizinalbeamte, 1913, Bd. XXVI, S. 89.
G. H. Sieveking. Die Milchversorgung der Schulen. Der Schularzt. 1913, Bd. XI, S. 145.
Helene Friderike Stelzner. Schulärztliche Tätigkeit an höheren Schulen mit besonderer Berücksichtigung psychiatrischer Beobachtungen. Med. Reform., 1913, Bd. XXI, S. 244.
Gerhard Stroede. Über die Ausatemluft. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1913, Bd. XXVI, S. 735.
Thiele. Versuche einer Biologie der Schulanfänger. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1913, Bd. XXVI, S. 827.
Vaughn. Protection of the eyes of schoolchildren. (Augenschutz bei Schulkindern.) Wisconsin Med. Journ., August 1913.
Vinton. Medical school inspection and the general practitioner. (Ärztliche Schulaufsicht und der Hausarzt.) Med. Record., 18. Oktober. 1913.
Karl Wittner. Schulhygienisches aus Oberschlesien. Der Schularzt, 1913, Bd. XI, S. 769.

Wachenheim.

Inhalt.

Serologie. **Axenow.** *Serumkrankheit 943.* — **v. Szontagh.** *Sensibilisationserscheinungen 944.* — **Ernährung.** **Schwyzer.** *Eiweißmilch 945.* — **Calvary.** *Bedeutung des Zuckers 945.* — **Crane-Claypon.** *Wert der gekochten Milch 945.* — **Stoffwechsel.** **Giffhorn.** *Einfluß von Fettzulagen 947.* — **Infektionskrankheiten.** **Hagenbach-Burckhardt.** *Typhus 947.* — **Wolfer.** *Scharlach 948.* — **Klinger.** *948.* — **Kleinschmidt.** *Diphtherie 949.* — **Wernstedt.** *Poliomyelitis 949.* — **Tièche.** *Variola und Vakzine 951.* — **Tuberkulose.** **Rosenquist.** **Oppenheim** und **Wechsler.** *Tuberkulose 952.* — **Urogenitalsystem.** **Weith** und **Scholder.** *Lordotische Albuminurie 953.* — **Neurologie.** **Schnyder.** *Anorexie 954.* — **Literaturübersicht.** *954.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin, W. 50, Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

Namenverzeichnis.

Die Titel der Originalmitteilungen sind in gesperrter und die Seitenverweise in fetter Schrift gedruckt.

E. E. Abbot. Seitliche Rückgratsverkrümmungen 497.
Emil Abderhalden. Schutzfermente des tierischen Organismus 142.
Emil Abderhalden und **Peter Andryewsky.** Tuberkulose bei Rindern 970.
Emil Abderhalden und **Fodor.** Abwehrfermente im Blutserum Schwangerer und Wöchnerinnen 887.
Emil Abderhalden und **Karl Kautzsch.** Veresterung von Monoaminosäuren 1.
Emil Abderhalden und **Friedrich Kramm.** Abbau der Milcheiweißkörper durch Magensaft 1.
Hans Abels. Mikromelie 81 — Intrakranielle Blutungen beim Neugeborenen 248 — Harnblasenerkrankung 267, 490 — Genese und Symptomatologie intrakranieller Blutungen 717, 1010.
Walter Abelsdorf. Säuglingssterblichkeit in deutschen Großstädten 280 — Gewerbsmäßige Kinderarbeit 761.
Max Abesser. Akute spinale Kinderlähmung 632.
Sergej Abramow. Pathogenese der Diphtherie 249.
Abramowski. Thymustod 910.
H. Abrand. Facies adenoidalis 991. — Kongenitale Fisteln des Ohres 1017.
Isaac A. Abt. Individuelle Prophylaxe in Kinderspitälern 280, 764. — Gastrointestinale Erkrankungen in alter und neuer Zeit 615.
Ch. Achard. Revision des Rousselschen Gesetzes 761, 1021.
Ch. Achard und **Ch. Flandin.** Apotoxin im anaphylaktischen Chok 770.
Edwin Ackermann und **Charles Valencien.** Kupfersulfatserum der Milch 245.
Auguste Acquaderni. Multiple Exostosen 274.
Auguste Acquaderni und **A. Cenni.** Heine-Medinsche Krankheit 970.
Mamerto Acuna. Postdiphtherische Lähmungserscheinungen 970.
Adam. Angeborene Ösophagusstenose 122.
Adam und **Wäzold.** Conjunctivitis tuberculosa 401.
J. E. Adams. Kongenitale Verwachsung des Radius mit der Ulna 1017.
Samuel S. Adams. Tumor des Kleinhirns 749.
M. Adda, J. Braquehaye und **A. Bruch.** Traumatische Trennung der rechten Symphyse sacro-iliaca 444, 735, 1011.
Addario. Prowazeckscher Körper in Follikeln und Papillen des Trachoms 150.
W. R. Addis und **Edwin Bramwell.** Myotonia atrophica 1000.
Oswald L. Addison. Syphilitische Erkrankung der Knochen und Gelenke 647.
Adeline. Littlesche Krankheit 736.
Hermann M. Adler. Innere Sekretion der Brustdrüse 1. — Begrenzte Diphtherieepidemie 632. — Umschriebene Diphtherieepidemie 970.
Ager. Paroxysmale Hämoglobinurie 267 — Behandlung der Lungentuberkulose mit Mischbakterien 903.
Henri Agulhon. Zersetzung der Diastasen durch Licht 1.
Friedrich Ahlfeld. Riesenkinder 237, 628 — Einfluß des Alters der Mutter auf das Geschlecht der Kinder 609.
Hans Ahrens. Entwicklung der menschlichen Zähne 749 — Zirkulation des Liquor cerebrospinalis 770.

Kutschera von Aichbergen. Tostenhuben in Kärnten 796 — Wasserätiologie des Kropfes und Kretinismus 796.
Almé und **Maillet.** Auswurf eines durchgebrochenen Eiterherdes 751.
A. Almes. Heliotherapie bei nicht tuberkulösen Affektionen 612 — Erblichkeit kongenitaler Erkrankungen 955.
A. Almes und **E. Etienne.** Ovarialkarzinom 733 — Krural-Hernie 750 — Eingeklemmte Hernie 750 — Typische Osteomyelitis 750 — Luxation des rechten Zeigefingers 754.
Rosa Aisenberg und **W. Shukowsky.** Mongolismus 97.
M. H. Alamartine. Erythema nodosum tuberkulösen Ursprungs 650.
Albert. Diphtheriebazillenträger und Schulaufsicht 250.
Albert-Weil. Radiotherapie bei Thymushypertrophie 263.
Albert-Weil und **L. Ribadeau-Dumas.** Radiologische Diagnostik der Granulie 239.
Albert-Weil und **Carle Roederer.** Abszeß bei Pottscher Krankheit 277.
Albert-Weil, Triboulet und **Paraf.** Purpura 273.
Albrecht. Innere Sekretion der Mamma 992.
Paul Albrecht. Plastischer Ersatz der Vagina bei angeborenem Defekt derselben 1017.
H. Albrecht und **A. Arnstein.** Tuberkulose der tracheobronchialen Lymphdrüsen 651.
O. Albrecht und **H. Pfeiffer.** Harntoxizität bei verschiedenen Krankheitszuständen 790, 804.
Albu. Ernährung von Zuckerkranken 188.
A. M. Alden. Behandlung der Diphtheriebazillenträger mit Staphylokokkenspray 632.
Béla Alexander. Syphilis der fötalen Wirbelsäule 250, 647.
Hugo Alexander. Beckensarkome 749.
William Alexander. Natur und Behandlung der Epilepsie 487.
Alexander und **Montague.** Akuter Retropharyngealabszeß 749.
Alsiba Alfès. Sklerodermie 272.
Ensio Alho. Ätiologie der Poliomyelitis 606.
A. Alkan. Heliotherapie der Tuberkulose 903.
D'Allaines und **Georges Schreiber.** Harnreaktion und andere Symptome des akuten Stadiums der Kinderlähmung 978.
Allaire. Nävus mit Hemihypertrophie der rechten und multiplen Angiome der linken Seite 1007.
John Allan. Morbilloformer Ausschlag 161. — Pavor nocturnus 268 — Interstitielle Keratitis 391, 746 — Epidemische Sommerdiarrhöe 615 — Phlyktanuläre Augenerkrankungen 746 — Refraktionsuntersuchungen bei Schulkindern 921.
W. Allan. Thymol gegen Taenia saginata 727.
G. B. Allaria. Einfluß des Speichels auf Lab- und Pepsinwirkung 1 — Veränderung der Reaktion der Kuhmilch durch Kochen — 245 — Pseudoepidurale Punktion bei essentieller Enuresis 268 — Wirkung des Säuglingsspeichels auf das HCl-Fixationsvermögen der Milch 609 — Veränderungen der Reaktion der Kuhmilch 657 — Wirkung des Speichels auf das Salzsäurebindungsvermögen der Milch 657 — Mongolengeburtsfleck 744, 1017 — Sakraler Mongolenfleck 873 — Partielle angeborene Überentwicklung 1006.
O. Allemann. Bedeutung der Wasserstoffionen für die Milchgerinnung 1.
L. C. Allen. Behandlung des Talipes equinovarus 277. — Ärztliche Schulaufsicht in Landschulen 765.
Herbert W. Allen und **Thomas Lewis.** Vorzeitige Herz-schläge 628.
Ralph E. Allen und **F. L. Horne.** Tollwut 970.
R. Allers. Theorie der postepileptischen Albuminurie 804.
Allison. Verhältnis des verkrüppelten Kindes zur Gemeinde 761 — Transplantation von Seidensehnen bei Residuallähmungen nach Poliomyelitis 876.
Mac Allister. Psychische Einflüsse bei der Kinderbehandlung 612.
Frank Allport. Schulhygiene und Gesundheit 765.

Karl Alpers. Zusammensetzung und Untersuchung der Kuh- und Ziegenmilch 1.
Karl Alpers und **Hermann Neff.** Milchstatistik 657.
G. Alsberg. Hereditäre Spätsyphilis 419, 873.
L. Altenbach. Tod während der Geburt 628.
Althoff. Behandlung des Keuchhustens 300.
K. Altmann und **K. Herxheimer.** Behandlung der Krankheiten der behaarten Kopfhaut 212.
Ferdinand Altmüller. Seele des Kindes 958.
W. v. Altrock. Statistik der Milchwirtschaft 1.
Walter Alwens und **Joseph Husler.** Röntgen-Untersuchungen des kindlichen Magens 609.
Amato. Blut der Scharlachkranken 632.
J. Amaudrut. Mediane Ulzeration der Gaumenwölbung 748 — Rheumatismus-Aortitis 987.
Konrad Amberger. Anormale Milch bei Euterentzündungen 2.
Theodore Ambrose. Anaemia splenica und Splenektomie 990.
Philipp Amend. Rachitische Verkrümmungen der unteren Extremitäten 277.
Th. Ames und **J. Bauer.** Quellung von Nervengeweben 770.
Amesse. Blutungen der Neugeborenen 628.
R. Ammann. Brombehandlung der Epilepsie 229, 320.
Cäsar Amsler. Nekrosen der Leber und Nebennieren 266 — Splanchnomegalie bei Akromegalie 726.
P. J. de Bruine Ploos van Amstel. Ungewöhnlicher Fieberverlauf bei kruppöser Pneumonie 588, 720.
Jaques Amyot. Subkutane Meerwasserinjektion 264.
P. Ancel und **P. Bouin.** Entwicklung der Brustdrüsen während der Schwangerschaft 2, 609.
George A. Anden. Schulhygiene in Großbritannien 765.
John F. Anderson und **Wade H. Frost.** Übertragung der Poliomyelitis 428 — Poliomyelitisübertragung durch Stallfliegen 632.
John F. Anderson und **Joseph Goldberger.** Masern 632 — Typhus 636.
H. Anderson und **P. Sommerfeld.** Giftigkeit des Harnes bei Masern 632.
H. Andeoud. Seröse subkutane Zyste der Bauchwand 749.
P. Andouard und **André Gouin.** Stickstoffumsatz 625.
André-Thomas. Abszeß im Scheitellappen 749 — Benediktsches Syndrom beim Kind 980.
Eug. Andronesco. Salvarsan bei hereditärer Lues 218, 306.
Eug. Andronesco und **F. Saratzeano.** Wassermannsche Reaktion 165.
Peter Andryewsky und **Emil Abderhalden.** Tuberkulose bei Rindern 970.
Anfrews. Beriberi 87.
Gaetano Angelici. Milch 2.
D. Anglade. Amaurotische familiäre Idiotie 736.
H. Anscherlik. Kindliche Hydronephrose 489.
G. Anton. Balkenstich und Epilepsie 804, 832 — Krankhafte moralische Entartung 824 — Indikationen und Erfolge der operativen Behandlung des Hirndruckes 832 — Operative Beeinflussung der Entwicklungsstörungen des Gehirns 914.
Augusto Anzoletti. Temporäre Lähmung des N. peroneus 277.
E. Apert. Zentraltemperatur 237 — Hygiene des Kindesalters 280 — Prophylaxe und Therapie der Sommerdiarrhöe 959.
Apert und **Lemaux.** Entwicklungshemmung 742.
Appert. Syphilitischer Ursprung der Chorea 269.
Angelo Arcelli. Chorea mit Lähmungserscheinungen 269.
Archambault und **Baldauf.** Pathogenese der Spastizität 736.
H. E. d'Arcis. Polyp im Rektum 923.
M. Raynaud Ardin-Delteil und **M. Coudray.** Typhöse Spondylitis 250, 381.
Giovanni Airale Arico. Verhalten der Rachentonsille bei einigen Intoxikationen und Infektionen 991.
Elio Arieti. Kutane Tuberkulinreaktion 651.
Ilse v. Arlt. Persönlicher Faktor in der Fürsorge 1021.
C. S. Armand. Entwicklungshemmung bei hereditärer Tuber-

kulose 240 — Entwicklungshemmung bei einer heredotuberkulösen Frühgeburt 651.
P. F. Armand-Delille. Chlorotische Anämie 990.
R. Armour und **J. Collins.** Akute Bulbärparalyse nach Mumps 788.
Arms und **Whitney.** Zimmerdesinfektion nach Diphtherie 156.
Arneth. Behandlung der akuten Bronchitis, Bronchiolitis und Bronchopneumonie 988 — Behandlung der Bronchitis 905.
Walter Arnold. Frauenmilchfett 2 — Orthotische Albuminurie und Tuberkulose 591.
Alfred Arnstein. Spindelförmige Erweiterung des Ösophagus bei Wirbelsäulenversteifung 994.
A. Arnstein und **H. Albrecht.** Tuberkulose der tracheobronchialen Lymphdrüsen 651.
Hans Aron. Pentosurie im frühen Kindesalter **177,** 597, 1005 — Temperatursteigernde Wirkung subkutaner Salzinfusion 503 — Biochemie des Wachstums des Menschen und der höheren Tiere 955.
Hans Aron und **Marianne Franz.** Organische Säuren im Säuglingsharn **645.**
H. Aronson und **P. Sommerfeld.** Giftigkeit des Harnes bei Masern 213, 378.
I. Arrospida. Meningitis supurata 269.
L. Arzt und **W. Kerl.** Variola- und Flecktyphusstudien an den bosnischen Rückwanderern aus dem Balkan 852.
Erich Aschenheim. Blut bei Rachitis 209 — Anwendung von Calcium lacticum bei Ernährungsstörungen **229,** 959 — Einfluß der Sonnenbestrahlung auf die weißen Blutkörperchen 509.
Ascher. Säuglingsfürsorge im Stadt- und Landkreis Hamm 1021.
Hugh T. Ashby. Eisen und Anämie 261, 433 — Zyklisches Erbrechen 959 — Ursache der Vergrößerung von Tonsillen und Adenoiden 991 — Neubildung in der Lunge 1010.
L. Asher. Beiträge zur Physiologie der Drüsen 358.
Margola Asrielowitsch-Nemirowsky. Typhusbazillenträger 970.
Asserson. Säuglingsernährung 615.
L. d'Astros. Kongenitale Hydronephrose 997 — Zerebraltumoren beim Kinde 1010 — Generalisierte Vakzine mit tödlichem Verlauf 1021.
Thomas G. Atkinson. Intestinale Infektionen 959.
Atlee. Poliomyelitis 193.
Attias. Arcus juvenilis und Arcus corneae 401 — Embryotoxon und Arcus corneae juvenilis 401 — Ophthalmoblennorrhoe neonatorum pseudomembranacea 1008.
Ch. Aubertin und **M. Parvu.** Chorea des Herzens 987.
B. Auché und **Dantin.** Diphtherische Paralyse 632.
Audebert und **Berny.** Hydrozephalus bei einem Anenzephalus 1017.
Audebert und **Etchevery.** Blutdruck während des Einschießens der Milch 990.
Audebert und **Laurentie.** Achondroplasie 742.
Pierre Audion. Kalter Abszeß 274.
Norbert Auerbach. Milchschnellkocher mit Rückkühlung für Dauerbetriebe 657.
Siegmund Auerbach. Pathogenese der postdiphtherischen Akkommodationslähmungen 970.
Augier und **Boppe.** Entwicklung des Magens beim menschlichen Embryo 609.
E. Ausset. Pantopon in der Kindertherapie 612 — Kondensierte Milch beim Säugling 657 — Anwendung kondensierter Milch 962.
E. A. Autier. Wirkung kleiner Phosphorgaben auf die Ossifikation 612, 957.
E. C. Avriagnet. Entwicklung des Säuglings 241.
E. C. Avriagnet, L. Bloch-Michel und **H. Dorleneourt.** Trockenmilch in der Säuglingsernährung 2, 147, 657.
E. C. Aviragnet, H. Dorleneourt und **Bloch Michel.** Tryptische Verdauung der rohen Milch 621 — Tryptische Verdauung der gekochten Milch und der durch Überhitzung getrockneten Milch 657.
E. C. Aviragnet und **J. Hallé.** Diphtherie 250.
Leonid Axenow. Serumkrankheit 873, 943.

S. Henry Ayres und **William T. Johnson jun.** Bakterien, welche die Pasteurisation überleben 657.
Azéma und **Pla.** Zerebrospinalmeningitis 736.
L. Azgoitia. Hemichorea 166.

G. Babaud. Zerebrospinal-Meningitis 250.
J. Babinski, J. Chaillous und **Th. de Martel.** Bilaterale Stauungspapille 269.
L. Babonneix. Syphilitischer Ursprung der Chorea 736.
L. Babonneix und **G. Bleehmann.** Azetonämisches Erbrechen und Enzephalitis acuta 615.
L. Babonneix und **C. Roederer.** Friedreichsche Krankheit 269.
L. Babonneix, F. Terrien und **Dautrelle.** Nervöse Erbsyphilis 258. — Optikusatrophie und erworbene Muskelatonie 739.
L. Babonneix und **L. Tixier.** Hereditäre Syphilis und Littlesche Krankheit 647 — Perniziöse Anämie vom aplastischen Typus 723.
Bach. Erkrankungen des Uvealtraktus 401.
Ludwig Bach und **Richard Seefelder.** Entwicklungsgeschichte des menschlichen Auges 274.
St. Baecher und **R. Kraus.** Antitoxingehalt des Diphtherieserums 566.
Backhaus. Kindermilch 570 — Kindermilchbereitung 963.
Baehmann. Maßregeln gegen Diphtherie in Harzburg 632.
Baemeister. Ärogene oder hämatogene Entstehung der Lungenspitzenphthise 584.
Charles S. Bacon. Poliomyelitis 193 — Wichtigkeit einer Heilstättenbehandlung der tuberkulösen Schwangeren und Wöchnerinnen und deren Kinder 980.
Giuseppe Badaloni. Verbreitung der Tuberkulose in der Schule 647.
Peter Bade. Krüppelheilkunde und Rassenhygiene 761 — Behandlung der spondylitischen Lähmungen 915.
Baderna. Adalin in der Keuchhustenbehandlung 632.
Baginski. Infektionsdauer des Scharlachs 213.
Adolf Baginsky. Kinderkrankheiten während des Schullebens 284, 445 — Hygiene der Stadtkinder 280, 445.
G. Baguer. Internate für anomale Kinder 1001.
Bahn. Augenkomplikationen der Masern 970.
K. Bähr. Skrophuloderma des ersten Lebensjahres **699.**
L. Bahr. Ätiologie der Cholera infantum 615.
L. Bahr und **A. Thomsen.** Ätiologie der Cholera infantum 241.
Hans Bahrdt. Bibliographie der gesamten Kinderheilkunde 190 — Ernährungsversuche mit Friedenthalscher Milch 514 — Chronische Bronchopneumonie mit Bronchiektasie 688 — Geburtstrauma 688.
Hans Bahrdt und **Bamberg.** Wirkung flüchtiger Fettsäuren 80.
Hans Bahrdt und **Edelstein.** Organanalysen bei Barlowscher Krankheit 506.
Bailey. Augenüberanstrengung 274.
Bernhard Baisch. Übertragung der Lues 108 — Kongenitale radioulnare Synostose 278, 753.
S. Josephine Baker. Rückgang der Säuglingssterblichkeit in New York 397, 1021.
Klaas Bakker. Lebensaussichten frühgeborener Kinder 969.
P. Balard. Scheintod beim Neugeborenen 280 — Nachweis des Scheintodes bei einem Neugeborenen in der Agonie mit Hilfe des Pachonschen Oszillometers 628 — Oszillometer von Pachon 628 — Veränderungen von Puls und Blutdruck beim Neugeborenen 628 — Oszillometrie zur Untersuchung von Puls und Blutdruck beim Neugeborenen 717 — Puls und arterieller Blutdruck 990.
P. Balard und **Chambrelent.** Ausgedehntes Hämatom der behaarten Kopfhaut 744.
P. Balard und **C. Commes.** Mit Zähnen geborene Kinder 1008.
P. Balard und **Lefour.** Consultation des nourrissous in Bordeaux 762.
Desider Balas. Bedeutung chirurgischer Eingriffe in die Bauchhöhle 749.
Baldauf und **Archambault.** Pathogenese der Spastizität 736.

de Ballard. Ätiologie, Prophylaxe und allgemeine Behandlung der Darminfektionen 959.
N. Balthazard und **M. Nicloux.** Tödliche Kohlenoxydvergiftung bei einer Schwangeren 1020.
Angela v. Baltz. Neue praktische Fürsorgeeinrichtung 1021.
Balzer. Heuschnupfenheilung durch Hektine 612.
Balzer und **Landesmann.** Kongenitaler und familiärer Pemphigus mit Zysten der Epidermis 744.
Karl Bamberg. Physiologie der Laktation 621, 657 — Angeborene Knochenbrüchigkeit 690.
Karl Bamberg und **Bahrdt.** Wirkung flüchtiger Fettsäuren 80.
Karl Bamberg und **K. Huldschinsky.** Angeborene Knochenbrüchigkeit 735, 859.
Arrie Bamberger. Vakzinebehandlung des Keuchhustens 250, 381.
Baemeister. Tuberkelbazillen im Blut nach Tuberkulininjektion 374.
Ivo Bandi. Antitoxische und antibakterielle Sera 958.
A. S. Blundell Bankart. Beiderseitige Halsrippen 1017.
J. Bankowski und **Z. Szymanowski.** Toxische Eigenschaften des Menschenserums 172 — Anaphylaktische Studien 609.
Charles W. Banks. Gründe gegen die Impfung 280.
George S. Banks. Scharlach 213.
Bantlin. Pellidol und Azodolen zur Behandlung der Ekzeme bei exsudativer Diathese 631.
Edwin J. Banzhaf und **Jane L. Berry.** Konstanz der Diphtheriebazillen 410.
W. J. Baragliola. Säuregrad 2.
Barbarin. Erkrankung der Knochen und Gelenke bei Poliomyelitis 632.
Emilie-Selma Barbe-Oberin. Tracheo-Bronchialdrüsen-Tuberkulose 250.
Barbé und **Roubinowitch.** Pyramidenbündel bei Epilepsie mit doppelseitigem Babinskischen Phänomen 739.
Edmond Barbey. Tumoren der Hypophyse ohne Akromegalie 262.
G. Barbézieux. Kongenitale Mißbildungen 1018.
H. Barbier. Stickstoff- resp. Salzretention bei Flaschenkindern 247 — Pathologie der Kuhmilch 621 — Tuberkulöse Lungensklerose mit Bronchiektasie 651 — Schwere perniziöse Anämie mit Splenomegalie 723 — Statistik der Säuglingskrippe am Hospital Hérold 761.
H. Barbier und **Gastier.** Hereditäre Syphilis des Nervensystems 788.
Philip F. Barbour. Darmtherapeutik 241 — Tic bei Kindern 1001.
Bardin. Stenosierender Kropf 726.
W. Barikine. Reaktion zwischen Diphtherietoxin und Antitoxin 632.
Hans Barkan. Infantile und juvenile Tabes 493, 736.
Lewellys F. Barker und **W. L. Estes.** Familiäre Hämatoporphyrinurie 732.
Seymour Barling. Entfernung eines Haarballs aus dem Magen 994 — Henochsche Purpura 1007.
Amerigo Barlocco. Autolyse und Diphtheriegift 250.
Noble P. Barnes. Epidemische Meningitis 250 — Zerebro-spinalmeningitis 970.
Barnet. Merorechischisis spina bifida occulta 860.
Nathaniel Barnett. Vulvovaginitis 997.
Josef M. Baernreither. Jugendpflege in Triest 1021.
James Barr. Kalziumsalze in der Therapie 612.
G. Barret, Ch. Leroux und **R. Labbé.** Totaler Situs viscerum inversus 758.
G. Barret und **G. Variot.** Magendilatation infolge Unterernährung 244.
G. Barret, G. Variot und **Sédillot.** Entdeckung eines Pyopneumothorax durch das Röntgenverfahren 722.
Barrier. Säuglingsernährung 615.
E. Barrington-Ward. Hedonale Anästhesie 361, 612 — Lungenabszeß durch Pneumokokken 720.
Bartel. Status thymicolymphaticus 182.
Jul. Bartel. Konstitutionsproblem 631.
Ch. Bartel und **O. Jensen.** Milchbeurteilung 621.
Ernst Barth. Technik der Rachenmandeloperation 724.
Chr. Barthel. Langstabförmige Milchsäurebakterien 657.

Chr. Barthel und **O. Stenström.** Widerstandskraft der Tuberkelbazillen gegen Erhitzen in Molken 658.
K. Baerthlein und **Eugen Gildemeister.** Bakteriologische Untersuchungen bei darmkranken Säuglingen 475, 613, 960.
Frank K. Bartlett. Akromegalie mit Zeichen polyglandulärer Beteiligung 1006.
Bernard Bartow. Schulter- und Armlähmung nach Poliomyelitis 876, 970.
Bartow und **Plummer.** Verwendung seidener Ligamenta bei Gelenklähmungen nach Poliomyelitis 876.
Léon Baruelle und **J. Delchéf.** Muskeldystrophie 269.
Karl Basch. Fötus und Ovarium in Beziehung zur experimentellen Milchauslösung 245 — Experimentelle Milchauslösung 473.— Thymusdrüse 588, 726 — Physiologie des Milchapparates 621.
K. Basedow. Schulversorgung schwachbefähigter Kinder in ländlichen Bezirken und kleineren Städten 740.
C. E. Bashall und **Edred M. Corner.** Amputation bei Kinderlähmung 275.
Murray H. Bass. Chvosteksches Phänomen 96, 773 — Chvostekssche Zeichen 269 — Laboratoriumdiagnose der Zerebrospinalmeningitis 632.
Murray H. Bass und **Hermann Schwarz.** Osteogenesis imperfecta 389, 662, 744.
Murray H. Bass und **H. Wessler.** Lage und Funktion des Herzens bei Kindern mit orthostatischer Albuminurie 732 — Persistenz des Ductus Botalli 760 — Herzgröße und Herzfunktion bei Kindern mit orthostatischer Albuminurie 855, 987.
P. Bassoe. Hypertrophie der ganzen linken Körperhälfte 800.
Frederick E. Batten. Dermato-Myositis 152 — Behandlung der Poliomyelitis 428 — Polioenzephalitis und Poliomyelitis 458.
Frederick E. Batten und **Gordon Holmes.** Progressive spinale Muskelatrophie 735, 794 — Endogene Fasern des menschlichen Rückenmarks 1001.
Erwin Batzdorf. Chirurgische Behandlung der Bronchiektasie 720.
A. Baudouin, H. Claude und **R. Porak.** Hypophysäre Glykosurie 651.
A. Baudouin und **A. B. Marfan.** Pylorusstenose 264.
Bauer. Behandlung der Diphtheriebazillenträger 347 — Blähung der ganzen Lunge bei alimentärer Intoxikation 504 — Methodik der biologischen Milchuntersuchung 658 — Reaktion zur Unterscheidung von Kuh- und Frauenmilch 658.
Albert Bauer. Schiefhals 274.
Felix Bauer. Lungenbehandlung bei alimentärer Intoxikation **510,** 988.
J. Bauer. Milchantianaphylaxie 2 — Funktionsprüfung des vegetativen Nervensystems 770.
J. Bauer und **Th. Ames.** Quellung von Nervengeweben 770.
J. Bauer und **St. Engel.** Biochemie und Biologie des Kolostrums 183, 659.
Richard Bauer und **Paul Habetin.** Moderne Methoden zur Funktionsprüfung der Niere 997.
Theodor Bauer und **Hans Wassing.** Adipositas hypophysarea 992.
Albert Howard Baugher und **Robert J. Gay.** Epidemie von bazillärer Dysenterie bei Anstaltskindern 633.
Marie Baum. Fabrikstillraum 280. — Lebensbedingungen und Sterblichkeit der Säuglinge im Kreise Grevenbroich 280 — Säuglingsfürsorge auf dem Lande 280 — Stillbeihilfen im Regierungsbezirk Düsseldorf 761 — Stellung der Frau in der Reichsversicherungsordnung 1021.
L. Baumel und **Gueit.** Hereditärsyphilitische, gummöse Meningo-Enzephalitis 647.
J. Baumel und **J. Margarot.** Achondroplasie 1006.
J. Baumel und **H. Roger.** Kopfschmerz bei akuten Infektionskrankheiten 643.
Ch. Bäumler. Differentialdiagnose der Pocken 873.
Bautlin. Pellidol und Azodolen 316.
Bayerthal. Prophylaktische Aufgaben des Schularztes auf dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten 765.

George Wesley Beally. Salizylpräparate gegen Influenza 633.
Mc Beath. Behandlung der Sprachdefekte in der Schule 1025.
Beauvieux. Kongenitales Deplacement der Linse 274.
Becher. Orthopädische Heilanstalt Hüfferstiftung zu Münster 753.
W. v. Bechterew. Motorische Assoziationsreflexe zur Aufdekkung der Simulation 773 — Infantile Tabes 781 — Individuelle Entwicklung der neuropsychischen Sphäre nach psycho-reflektorischen Befunden 1001.
Beck. Vakzinetherapie der Hautkrankheiten 317 — Familiäre amaurotische Idiotie 326 — Rosenbachsches Tuberkulin 333.
Carl Beck. Eiweißmilch 2 — Schleimhaut des Urogenitalapparates bei exsudativer Diathese 81 — Behandlung der klinischen Tuberkulose mit Rosenbachschem Tuberkulin 651 — Beteiligung der Schleimhaut des Urogenitalapparates am Symptomenkomplex der exsudativen Diathese 873 — Ernährung magendarmkranker Säuglinge mit Eiweißmilch 959 — Leedesches Scharlachphänomen 970.
Harvey G. Beck. Duodenale Verabreichung von Ipecacuanha 633.
Becker. Assanierung der Schule 765 — Dementia praecox 827 — Prognose der Imbezillität und Idiotie 828.
Johannes Becker. Appendizitis und Leistenbruch 101, 275.
Wilhelm Becker. Übungstherapie der Skoliose 753 — Bedeutungsvoller Fortschritt auf dem Gebiete der Jugendfürsorge 1021.
H. Béclère und **R. Pigache.** Rückbildung der Thymus durch Röntgenstrahlen 262.
L. Beco. Lobäre Pneumonie 84 — Akute nicht spezifische Zerebrospinalsyndrome 956.
Etienne-Armand Bedu. Längen- und Gewichtswachstum beim Fötus 248.
P. S. Beebe und **C. G. Kerley.** Verzögerte Körperentwicklung 263, 321 — Entwicklungshemmung während Behandlung mit Thymus 796.
S. C. Beede. Operationstechnik bei Intussuszeption 1010.
Hermann Beer. Stillschwierigkeiten 473, 615.
C. Beger. Azidbutyrometrie bei Buttermilch 2.
A. Behre. Ergebnisse von Stallproben 2 — Kontrolle von Milch, Käse und Butter in Chemnitz 2 — Ersatzstoffe im Lebensmittelverkehr 2.
R. Behrens. Statistischer Rückblick auf die Säuglingssterblichkeit im Großherzogtum Baden 1021.
E. v. Behring. Neues Diphtherieschutzmittel 486, 633.
Beitzke. Infektionswege der Tuberkulose 479.
A. Belák. Döhlesche Leukozyteneinschlüsse 377, 633.
J. Belgowski. Labmagenverdauung der Wiederkäuer 2.
Marcel Belin. Experimenteller Typhus 971.
C. Beling. Myatonia congenita 776 — Dystonia musculorum progressiva 801.
Bell. Pneumonie im Kindesalter 720.
Albert J. Bell. Scharlach, Diphtherie und Masern im Spital für Infektionskrankheiten in Cincinnati 633.
J. Findley Bell. Kinder- und Säuglingspneumonie 989.
Bellinato. Melaena im Verlauf von Pleurapneumonie 718.
Bellinger. Milchgewinnung und -behandlung auf dem Lande 963.
G. F. Belonowski. Säureproduktion der bulgarischen milchsauren Mikroben 2, 622.
Georges Bels. Consultation de Nourrisson 280 — Säuglingsmortalität in Bailleul 761.
Bemis. Intubation 1010.
C. van Bemmel. Diphtheritis larvata 633.
Edouard Benazet. Hereditäre Spätsyphilis 250.
Klara Bender. Aufgaben der Schulärzte 461.
Klara Bender und **Gentzen.** Hygienische und sexuelle Belehrung in der Schule 765.
B. Bendix. Atophan bei Gelenkrheumatismus 301 — Zuckerzusatz bei der natürlichen Ernährung 615 — Symptomatologie und Ätiologie der Barlowschen Krankheit 741 — Behandlung des Ekzems junger Kinder 599, 873.

Benedict. Wohlgenährtes Kind 615.
Francis G. Benedikt und **Fritz B. Talbot.** Säuglingsstoffwechsel 624.
Arnold Benfey. Ernährung Neugeborener mit Eiweißmilch 2, 314 — Finkelstein-Meyersche Eiweißmilch 839.
D. H. Benfey. Typhöser Bazillus in Butter 2.
Erich Benjamin. Therapie des Scharlachs 576, 633.
Erich Benjamin und **Theodor Goett.** Thoraxradiogramm 239.
Erich Benjamin und **O. Kastner.** Albuminurie beim ernährungsgestörten Säugling 129.
Bennecke. Bluttransfusion bei perniziöser Anämie 321.
Benoit, Delèarde und **Hallez.** Harnstoffmenge im Blute, der Lumbalflüssigkeit und im Harne 247.
W. Benthin. Intrakranielle Blutungen infolge Tentoriumzerreißung 718, 783.
Bérard. Behandlung der Basedowschen Krankheit 992.
L. Bérard und **A. Buche.** Erscheinungen akuter Wurmfortsatzentzündung bei angeborenem Fehlen des Wurmfortsatzes 1010.
F. M. Berberich, A. Burr und **A. Berg.** Untersuchungen über Kolostralmilch 658.
S. Berden, Veeder, Robert Kilduffe und **A. T. Denny.** Akute Darmerkrankungen 621.
Berdez. Osteodystrophia juvenilis cystica 742.
Nikolaus Berend. Magnesiumsulfatbehandlung der spasmophilen Krämpfe **269,** 522, 969.
A. Beretta. Asymmetrie in der Zahnbildung 278, 770.
Berg. Hydrolysierende Dyastasen 2.
A. Berg, F. M. Berberich und **A. Burr.** Untersuchungen über Kolostralmilch 658.
Georg Berg. Milchversorgung von Karlsruhe 2.
Ragnar Berg. Kalziumphysiologie und Kalziumstoffwechsel 624.
Hans Berger. Juvenile Form der familiären amaurotischen Idiotie 736.
Hijmans van den Bergh. Schlattersche Krankheit 1010.
Hijmans van den Bergh und **van Hasselt.** Tumor der Glandula pinealis 588.
v. Bergmann. Spasmogenes Ulcus pepticum 386.
Rud. Bergmeister. Irisschlottern infolge angeborener beiderseitiger Linsenektopie 698 — Beiderseitige Ectopia lentis congenita 746.
Fr. Bering. Spätformen der Erbsyphilis 217 — Kongenitale Syphilis 250, 648.
Rosa Berkowitz. Rheumatismus nodosus 735.
Berliner. Jodmentholinjektion bei Tuberkulose 305.
Berneick. Spontane vollständige Zerreißung der Nabelschnur 967.
R. de Berne-Lagarde. Läsionen des Ureters bei abdominaler Hysterektomie 1011.
Georg Bernhardt. Ätiologie des Scharlachs 250, 485.
M. Bernhardt. Myatonia congenita 269.
St. Bernheimer. Angeborene Anomalien der Iris 1009.
Bernheim - Karrer. Stillen und Stillunfähigkeit 72 — Behandlung der Spasmophilie **453,** 891, 969 — Ruhrartige Grippeendemie 535 — Milchreiche Amme 615 — Säuglingstuberkulose 651 — Kongenitales Lipom des Rückens 750.
St. Bernstein. Torsionskrampf 801.
Berny und **Audebert.** Hydrozephalus bei einem Anenzephalus 1017.
Berny und **Martin.** Spina bifida 1019.
Jane L. Berry und **Edwin J. Banzhaf.** Konstanz der Diphtheriebazillen 410.
Jane L. Berry und **Louisa P. Blackburn.** Toxinproduktion verschiedener Diphtheriestämme 411.
H. Bertin-Sans und **Em. Gaujoux.** Katalase der Kuhmilch 245.
H. Bertlich. Thrombose des Sinus cavernosus 905, 987.
Bertling. Uretrans 320.
Bertolotti. Familiärer Zwergwuchs infolge chondraler Aplasie 278, 742 — Turmschädel in Beziehung zu Rachitis und Adenoidismus 783 — Achondroplasie 1006.
M. Besboka. Flecktyphus 901.
Arent de Besche. Tuberkulöse Infektion im Kindesalter 374, 651.
A. Besredka. Vakzinebehandlung des Typhus 971.

Bessau und **Pfeiffer.** Serumtherapie des Typhus abdominalis 302.
Bessau, Schwenke und **Pringsheim.** Wiederholung lokaler Tuberkulinreaktionen 532.
Bettmann. Mißbildungen der Haut 139.
Bernh. Beyer. Reform des Irrenwesens 185.
C. Beyer, A. Morgan und **F. Westhausser.** Futterwert der ungesäuerten Zuckerrübenblätter für Milchtiere 661.
Walter Beyer. Wirksamkeit des Diphtherieserums bei Beteiligung des Nervensystems 250. — Antitoxinuntersuchungen bei Diphtherie 250, 379 — Diphtheriebazillen im Harn 380, 633 — Wirksamkeit des Diphtherieserums 426 — Intravenöse Anwendung des Diphtherieheilserums 896, 971.
Bézy. Tödliche akute Leukämie 723.
Eugen Bibergeil. Spina bifida occulta 925.
E. Bibergeil und **W. Blank.** Ulnarislähmung und angeborene Halsrippe 777.
Heinrich Bickele. Unterscheidung roher und gekochter Milch 2.
J. H. Bindenkap. Poliomyelitisepidemie in Lesje 427.
Bidot, Darré und **Nobécourt.** Übergang der Salizylsäure in die Zerebrospinalflüssigkeit 610.
Bidot, Nobécourt und **Maillet.** Harnstoffgehalt in der Zerebrospinalflüssigkeit 611.
Bidot, Nobécourt und **Milhit.** Azotämie bei akuter Nephritis 966.
Bidot, Sevestres und **Nobécourt.** Harnstoff in Zerebrospinalflüssigkeit 150.
M. de Biehler. Diät bei Scharlach 176 — Infantilismus 176 — Anämie vom chlorotischen Typus 178, 261, 433 — Heine-Medinsche Krankheit 250.
Gertrud Bien. Obliteration eines Mekelschen Divertikels 489 — Enzephalitis und Mumps 539 — Ileus durch Obliteration eines Meckelschen Divertikels 727.
Bienfait. Myatonia congenita 999.
F. Bienvenue. Darmocclusion 264.
A. Bier. Stauungshyperämie bei chirurgischer Tuberkulose 222.
Bierast und **H. Conradi.** Diphtheriekeime im Harn 216.
Bierast und **v. Drigalski.** Nachweis von Diphtheriebazillen 566.
J. Biernacki und **D. Dykes.** Tödliche Purpura nach Scharlach 971.
Walther L. Bierring. Chloroma 261.
Walther L. Bierring, J. A. Goodrich und **D. J. Glomset.** Status thymicolymphaticus 890, 969.
K. Biesalski. Spastische Lähmung 493, 693, 736 — Krüppelfürsorge in den letzten 10 Jahren 753 — Moderne Krüppelfürsorge in Deutschland 753 — Pseudarthrose des rechten Peronäus 753.
George N. Biggs. Tuberkulose des Ohres 583, 981.
P. Binda. Chemische Reaktion der Säuglingsfäzes 965.
Bing. Brombehandlung 320.
H. J. Bing und **H. Windelöw.** Blutzuckerbestimmungen 990.
Bingel. Intralumbale Anwendung des Diphtherieserums 298.
Carl Binsack. Naevus pigmentosus mit Pigmentflecken im Gehirn 744.
O. Binswanger. Klinische Stellung der sogenannten genuinen Epilepsie 804.
O. Binswanger und **Redlich.** Genuine Epilepsie 185.
Max Björkstén. Serumbehandlung des Scharlachs 604, 633.
Eugen Bircher. Ätiologie des endemischen Kropfes 263.
W. Birk. Einfluß psychischer Vorgänge auf den Ernährungserfolg bei Säuglingen **1,** 959 — Stoffwechsel des neugeborenen Kindes 2 — Sammelreferat über Therapie der Kinderkrankheiten 289 — Abführmittel und Stoffmittel 612, 670 — Prognose der Kinderkrämpfe 736.
Norbert Birkner. Kongenitales Vorderarmsarkom 275.
G. Biro. Zusammensetzung der Schafmilch 622
J. W. van Bisselick. Kongenitale Nierenanomalien 732.
Bize, A. Broca und **R. Francais.** Periostale Dysplasie und multiple intrauterine Frakturen 1011.
Alberto Bizzarri. Pastiasches Symptom bei Scharlach 239.
J. Black. Epidemische Meningitis 579.

J. Black und **Abraham Sophian.** Zerebrospinalmeningitis 94 — Prophylaktische Impfungen gegen epidemische Meningitis 645.
J. Black und **Vaughn.** Augenschutz für Schulkinder 765.
Blackader. Muköse Zyste des Blinddarms 911.
Louisa P. Blackburn und **Jane L. Berry.** Toxinproduktion verschiedener Diphtheriestämme 411.
Kenneth D. Blackfan, S. T. Nicholson jun. und **T. Wister White.** Wassermannsche Reaktion 985.
Blair. Assanierung der Schulen auf dem Lande 765.
H. Blakeway. Kongenitales Fehlen der Gallenblase 278, 437.
Blanc. Sarkom der Zunge 1011.
Charles Blanc. Diphtherischer Krupp 971.
Emil Le Blanc. Artenfragen der Streptokokken 2.
W. Blank und **E. Bibergell.** Ulnarislähmung und angeborene Halsrippe 777.
Le Blaye. Diagnostik der Plaut-Vincentschen Angina 724.
Germain Blechmann. Entzündungen des Pericards. Epigastrische Punktion nach Marfan 705 — Herzbeutelergüsse 987.
Germain Blechmann und **L. Babonneix.** Azetonämisches Erbrechen und Enzephalitis acuta 615.
N. Rh. Blevgad. Trommelfellanästhesie 230.
A. S. Bleyer. Sterblichkeit der Kinder mit gastrointestinalen Störungen 959.
Auguste Blind. Infantile infektiöse Endokarditis 718.
Ernst Bloch. Intelligenzprüfungen 614, 1000.
Bloch, Dorlencourt und **Aviragnet.** Tryptische Verdauung der gekochten Milch und der durch Überhitzung getrockneten Milch 657.
Marcel Bloch und **Hallé.** Anaphylaktischer Chok bei Diphtherieserotherapie 240.
M. Bloch, E. Jeanselme und **A. Vernes.** Behandlung syphilitischer Schwangerer mit Salvarsan 649.
L. Bloch-Michel, E. C. Aviragnet und **H. Dorlencourt.** Trockenmilch in der Säuglingsernährung 2, 147, 657 — Tryptische Verdauung der rohen Milch 621.
J. W. Blooker. Scharlach und Masern 250, 376.
Kurt Blühdorn. Paratyphuserkrankung beim Brustkind durch Kontaktinfektion **80,** 971 — Unstillbare Blutungen 153 — Untersuchungen über die therapeutisch wirksame Dosierung von Kalksalzen mit besonderer Berücksichtigung der Spasmophilie **185,** 844, 969 — Diphtherie 298 — Bemerkungen zu der Arbeit von Berend: Die Magnesiumsulfatbehandlung der spasmophilen Krämpfe **562.**
Sanford Blum. Diarrhöe hervorgerufen durch frische Luzernen 615.
Blümcke. Krämpfe im Kindesalter 804, 1001.
Ernst Blumenfeldt. Kaliausscheidung 624.
A. S. Blundell Blankart. Achondroplasie 1006.
B. Boas. Urticaria pigmentosa 744.
F. Boas. Follikulin 198.
H. Boas und **Christian Ditlevsen.** Noguchis Luetinreaktion 873.
O. Bobertag. Intelligenzprüfungen 816.
Jean Bobrie. Postkonzeptionelle Syphilis und hereditäre Syphilis 250.
Boecale. Säuglingssterblichkeit und Geburtenrückgang 761.
E. Bock. Spenglers J.-K. bei skrofulöser und tuberkulöser Augenerkrankung 496.
W. Böcker. Arthrodese 395.
Bernhard Bödensell. Erschwertes Décanulement und Diphtheriezezidiv 633.
Alfred W. Bodworth und **Lucius L. van Slyke.** Zusammensetzung und Eigenschaften von Kasein und Parakasein 662.
Frank van der Bogert. Kongenitale Hydronephrose 278 — Angeborene Hydronephrose mit Aplasie des Ureters 732 — Enuresis und chronische Verdauungsstörungen 732 — Wert der Harnuntersuchungen 732 — Kolizystitis mit alkalischem Urin 997.
Henry Boehm. Zusammenschluß der deutschen Krippen 1021.

Max Böhm. Behandlung der kindlichen Knochen- und Gelenktuberkulose 651.
Ferdinand Böhme. Kongenitale Gallengangsatresie mit Gallengangszyste 996.
Bouin und **Ancel.** Entwicklung der Brustdrüse während der Schwangerschaft 609.
Phebe L. Du Dois. Differentialdiagnose und -behandlung der epidemischen Zerebrospinalmeningitis 971.
Al. Boissard. Tod des Fötus 627.
Codet Boisse. Angeborene Varizen 744.
Boissezon. Säuglingssterblichkeit 1911 615.
Boissonnas. Behandlung der Thymushypertrophie 210.
v. Bokay. Salvarsanbehandlung 418 — Lokale Behandlung der Dekubitalgeschwüre 538 — Polyposis intestinalis seu Polyadenomatosis intestinalis 727, 854 — Späteres Schicksal mit Salvarsan behandelter Luesfälle im Kindesalter 873 — Lokale Behandlung der während der Intubation im Kehlkopf entstandenen Dekubitalgeschwüre 922 — Riesenzellsarkom im Darm 1011.
v. Bokay, H. Flesch und **Z. v. Bokay.** Lehrbuch der Kinderheilkunde 237.
Boks. Angeborenes familiäres Ödem der unteren Extremitäten 587.
Aldo Bolaffi. Vollständige Mißbildung der Leber 996.
K. Bollag. Kalziumtherapie bei Urtikaria im Wochenbett 873.
Giovanni Bolzani. Pottsche Krankheit 1016.
Boen. Milchfrage 963.
Oreste Bonazzi. Ätiologie der Parotitis epidemica 971.
Boncompain und **Ribadeau-Dumas.** Pylorusstenose mit Muskelhypertrophie 730.
G. Paul Boncour. Psychomotorische konstitutionelle Asthemie 969.
Josef Bondi. Gewicht der Neugeborenen und Ernährung der Mutter 838.
S. Bondy. Periodisches Erbrechen mit Azetonämie 174.
S. Bondi und **H. Salomon.** Beurteilung der Pankreassaftsekretion 732.
H. Bongartz. Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach 159, 425 — Polynukleäre Leukozyten bei Scharlach 633 — Einschlüsse in den polynukleären Leukozyten bei Scharlach 848.
H. Bonhoff und **P. Esch.** Meningitis purulenta beim Neugeborenen infolge rechtsseitiger eitriger Mittelohrentzündung 786.
Bonhoeffer. Torsionsspasmus 801.
J. Bonhoure. Typhöse Spondilitis 633.
E. Bonnaire und **G. Durante.** Entwicklungshemmung am Schädel 240 — Mikromelie 268 — Mikromelie durch periostale Dysplasie bei Hereditärsyphilitischen 742 — Mikromelie und periostale Dysplasie 743 — Skelett mit Achondroplasie 743 — Vom infizierten Nabel ausgehende Lungenläsionen 989.
E. Bonnaire und **G. Ecalle.** Traumatische Diaphysenlösung des oberen Humerusendes 1011.
Bonnamour. Trockenmilch 615, 963.
L. M. Bonnet. Lungengangrän 989.
Bonnet und **Fairise.** Schwerer Ikterus 997.
A. Bonnet-Laborderie. Plötzlicher Tod syphilitischer Neugeborener 648 — Behandlung syphilitischer, asphyktisch geborener Kinder mittels Punktion 985.
Bonnet und **Normann.** Pyelonephritis und Angina 999.
Bonniot, Variot und **Caillau.** Hemispasmus der Unterlippe 271.
Bonnamour. Trockenmilch 963.
Lyle S. Booker. Kongenitale Pylorusstenose 995.
Bookman, Heiman und **Crohn.** Stoffwechsel bei amaurotischer familiärer Idiotie 207.
W. F. Boos. Alkohol als Arzneimittel 239.
Boppe und **Augier.** Entwicklung des Magens beim menschlichen Embryo 609.
Eduard Borchers. Totale Enukleation der Gaumenmandeln 724.
Hans Ludwig Borck. Hirnblutung bei Meningitis tuberculosa 651.
F. Bordas und **F. Touplain.** Milch 2 — Phosphor in der Milchasche 622.
Borde. Morphium bei einer Stillenden 615 — Verabreichung von Morphium an eine Amme ohne Schaden für den Säugling 957.

E. Bordet und **V. Danulescu.** Elektrische Untersuchung bei Poliomyelitis der Affen 633.
Joseph Borggreve. Folgen verschluckter Fruchtkerne 750.
Constance Borkoska. Schädelfrakturen 275.
M. Bornand und **B. Galli-Valerio.** Milch und Ovoserum 12.
Paul Börner und **J. Schwalbe.** Reichs-Medizinal-Kalender 714.
J. Bornträger. Geburtenrückgang in Deutschland 761.
August v. Borosini. Das Fletchern 713.
Angiola Borrino. Ursprung des Kaseins 2 — Äußere Temperaturgrenze der Kinder in der Apyrexie 609 — Ghons primärer Lungenherd 651.
Andreas Bosanyi. Raynaudsche Krankheit als Symptom der hereditären Syphilis 648, 851, 873.
Frédéric J. Bosc. Thérapeutique infantile 463 — Säuglingsfürsorge in Montpellier 761.
Alfred W. Bosworth und **Lucius L. van Slyke.** Basisches Kaseinkalzium und Parakaseinkalzium 658, 957 — Methode zur Darstellung von aschefreiem Kasein und Parakasein 964.
F. Bottazzi. Milch 2.
P. Bottelli. Durch Röntgenstrahlen geheilter Malariafall 633.
August Böttger. Herzstörungen nach Scharlach 250.
P. Bouin und **P. Ancel.** Entwicklung der Brustdrüsen während der Schwangerschaft 2.
G. Bourdinière und **F. Chevrel.** Meningitis cerebrospinalis ohne Meningokokken 634.
Yves Bourhis. Inguinalhernie 275.
Bourret und **Fabre.** Salvarsanbehandlung bei Heredo-Syphilis 648.
Bourret und **Lathoud.** Polyzystische Erkrankung bei Neugeborenen 248.
Bousselot und **Zuber.** Kongenitaler Ikterus durch Mißbildung der Gallengänge 266.
Bouthière und **P. Nevière.** Hammergeräusche und Plätschergeräusche synchron mit dem Herzschlage in einer interlobären Höhle 989.
David J. R. Bovaird. Infektionsmodus bei epidemischer Zerebrospinalmeningitis 225 — Epidemische Zerebrospinalmeningitis 633.
Charles R. Box. Tödliche Pellagra 741.
Sidney Boyd und **F. G. Crookshank.** Angeborene Thoraxmißbildung 756.
E. W. C. Bradfield und **H. Kirkpatrick.** Hypertrophie der Blase 998.
Brady. Verhältnis der Gewichtskurve zur Nahrung 615 — Pneumokokkenmeningitis mit normaler Zerebrospinalflüssigkeit 633 — Verhütung der Adenoide 725 — Alimentäre Intoxikationen und Darminfektion 959.
Jules M. Brady. Milch 2 — Polysaccharide in der Diät des Säuglings 615.
William N. Bradley. Milchvergiftungen 622.
Braillon und **Brohan.** Schwere Atmungsstörungen durch Thymushypertrophie 992.
S. R. Brainin. Fourth disease 250.
Edwin Bramwell. Gekreuzter Plantarreflex 773.
Edwin Bramwell und **W. R. Addis.** Myotonia atrophica 1000.
A. Branca und **Michel de Kervily.** Hodenektopie 1013.
J. Brandau. Einfluß der kalten Füße auf die Geistestätigkeit bei Schulkindern 765.
Brandeis und **Quintrie.** Galaktoxalie und Ernährungsstörungen 959.
Brandenburg. Poliomyelitis anterior acuta 93 — Laryngitis subchordalis acuta 383 — Epidemische akute Kinderlähmung 633.
M. Brandes. Operierte Kniegelenkstuberkulosen 651.
Brandes und **Linzenmeyer.** Extrachoriale Fruchtentwicklung 758.
Brandes und **C. Man.** Tuberkelbazillen im strömenden Blut 582.
Brandeu. Milch und Kalkoxalat 622.
Brandligt. Ästhetische Behandlung der vereiterten Zervikaldrüsen 725.
Friedrich Brandstetter. Beziehung der Eosinophilie zum Ekzem und zur exsudativen Diathese 969.

Brannan. Freiluft und Sonnenkur 612.
William P. S. Branson. Rheumatische Infektion und Chorea 484.
J. Braquehaye, M. Adda und **A. Bruch.** Traumatische Trennung der rechten Symphyse sacro-iliaca 444, 735, 1011.
G. Brat. Funktioneller inspiratorischer Glottiskrampf 801.
A. Brauer. Serodiagnose der Syphilis 418.
August Brauer. Heriditäres Keratom 744.
L. Brauer. Klinik der Infektionskrankheiten 189, 715.
J. Brault. Generalisierte kongenitale Hyperkeratose 744.
Ludwig Braun. Diagnose und Therapie der Herzkrankheiten 705.
Wilhelm Braun. Prophylaxe und Frühbehandlung der Diphtherie 216, 633.
A. P. Braunstein. Familiäre amaurotische Idiotie 167.
J. Brau-Taple. Zahnzyste 749 — Offene Fraktur des unteren Humerusendes 1011.
Brav. Ophthalmia neonatorum 274.
G. Brecher. Adenoide Vegetationen 488.
G. A. Bredenberg. Hülle der Milchfettkügelchen 2.
Robert S. Breed. Wirkung der Zentrifuge und des Separators 3.
L. E. Bregman. Sehnenreflexe bei Chorea minor 176 — Krampfzustände des jugendlichen Alters 801, 833.
M. L. Breitmann. Sodaödeme 624.
M. Brelet. Akute Meningitiden und meningeale Reaktionen der Poliomyelitis 251 — Behandlung der Diphtherie 633 — Chorämie und Azotämie 990 — Aphasie beim Kindertyphus 971 — Drüsenfieber 991.
W. Bremer. Gewässerte Magermilch 3.
W. Bremer und **W. Greifenhagen.** Fettbestimmung 245.
W. Bremer, W. Greifenhagen und **K. Sauerwein.** Zusammensetzung der Milch und des Serums 3, 245.
Brennecke. Vereinigung zur Förderung der Wöchnerinnenasyle 1021.
Joseph Brennemann. Angeborener Ösophagusverschluß 396. — Milchgerinnung im Magen 415 — Verwendung roher und gekochter Milch 615 — Kongenitale Atresie des Ösophagus 995.
Richard Bretschneider. Kongenitale Dystopie der Niere 278.
A. Brettschneider. Drosan als Keuchhustenmittel 895.
Max Bretz. Kongenitaler Hautdefekt am Scheitel 272, 756.
Fritz Breuning. Wert der Herzgrößenbestimmung für die Diagnose der Klappenfehler 988.
Breyer. Berufsvormundschaft über uneheliche Kinder 761.
E. Brezina. Gewerbekrankheiten 237.
Mera Brick. Herzveränderungen bei Pertussis 633.
O. Brieger. Schwerhörigkeit in der Schule 765.
H. H. Briggs. Verderbliche Wirkungen der Adenoiden 262.
Alex. Brinchmann. Leukozyteneinschlüsse 576.
Brindel. Behandlung der Gaumenmandelvergrößerung 725.
Ferruccio Brindi. Nekrose des Oberkiefers bei Masern 251.
Briquet. Ätiologie und Therapie der kindlichen Fettsucht 741.
H. Brisson und **J. Lemeland.** Salvarsanbehandlung 586 — Anwendung von Salvarsan und Neosalvarsan in der Clinique Parnier 986.
Britt. Exantheme 971.
W. H. Broad. Heredität und Schädelform 956.
Jean Broadhurst. Streptokokken in Milch 3.
Auguste Broca. Angeborene Subluxation der Patella 275 — Auseinanderweichen der Schädelnähte bei Hirntumoren 275 — Suprakondyläre Humerusfraktur 275 — Unvollständige und subperiostale Frakturen 750 — Adenitis 991 — Hüftschmerzen bei jungen Rachitischen 1011 — Spina bifida 1011.
Auguste Broca und **Desplas.** Vorübergehende Spätlähmungen des Abduzens bei Schädelbrüchen 779.
Auguste Broca und **R. Francais.** Chirurgische Behandlung der Hirntumoren 1011.
Auguste Broca, R. Francais und **Bize.** Periostale Dysplasie und multiple intrauterine Frakturen 1011.

Auguste Broca und **André Trèves.** Behandlung der Puttschen Krankheit nach Lannelongue 1011.
Jules Broeckart. Behandlung der Narbenstenosen des Ösophagus 1011.
P. Brodin und **P. Ménétrier.** Pseudomeningokokkenmeningitis 641.
Brodin, Widal, Levaditi und **Leoneano.** Kasuistik der Poliomyelitis 781.
Brohan und **Braillon.** Schwere Atmungsstörungen durch Thymushypertrophie 992.
C. J. Broeman. Dermatitis herpetiformis 1007.
Harlow Brooks. Affektion des Ovariums bei epidemischer Parotitis 971.
W. Tyrrel Brooks und **Alexander Gibson.** Tuberkulöse Meningitis 420.
W. Broughton-Alcock. Blutuntersuchungen in der Inkubationsperiode der Poliomyelitis 781.
Brown. Virulenzzyklen bei Masern 634 — Poliomyelitisepidemie 876 — Pleuritis 989.
Alan Brown. Klinische Beobachtungen 609 — Hautreaktion auf Tuberkulin beim Kinde 956.
Herbert R. Brown. Diphtherietoxin bei Meerschweinchen 411 — Immunisierende Wirkung kleiner Diphtherietoxindosen auf Meerschweinchen 958.
Ralph Brown. Akute Verwirrtheit 1001.
W. Browning und **W. Lintz.** Autotherapie bei chronischen Neurosyphiliden 830.
C. H. Browning und **H. F. Watson.** Paroxysmale Hämoglobinurie und ihre Beziehungen zur Syphilis 985.
Brown, Wollstein, Courtney, Moore, Holt, Levene. Einfluß eiweißreicher Ernährung 199.
A. Brueh, M. Adda und **J. Braquehaye.** Traumatische Trennung der rechten Symphyse sacroiliaca 735, 1011.
J. Max Brückner. Intubation 275 — Diät bei Scharlach 295, 376, 615, 892 — Blutdruckmessung bei Diphtherie 634 — Fortgesetzte Intubation bei Behandlung der diphtherischen Kehlkopfstenose 634 — Prophylaxe der Diphtherie 634 — Skaphoide Form des Schulterblattes 756, 924 — Scharlach 971.
C. Bruhns. Atypische Ichthyosisfälle 744.
Brumpt und **Tissier.** Kongenitale Malaria 979.
Vittorio Brun. Morphin in der Kinderchirurgie 239 — Ohreiterungen 274 — Athritis und Bursitis 275 — Darmsarkom 275.
H. Brüning. Mecklenburgisches Säuglingsheim in Petersdorf 280 — Behandlung der Askariden 315 — Cineol 612 — Geschichte der Karottensuppe als Säuglingsnahrung 615 — Rostocker Krippe 761.
H. Brüning und **E. Schwalbe.** Handbuch der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie des Kindesalters 233.
H. Brüning und **W. Stein.** Säuglingssterblichkeit in Mecklenburg-Schwerin 761, 927.
J. Bruno. Mutterschaftsversicherung 280 — Poliomyelitis acuta 524, 971 — Ätiologie der spinalen Kinderlähmung 898, 971.
Brunon. Beziehungen zwischen Rindertuberkulose und der kindlichen Tuberkulose 651.
L. Bruns, A. Cramer und **Th. Ziehen.** Handbuch der Nervenkrankheiten im Kindesalter 701.
Brückner. Skaphoide Form des Schulterblattes 924 — Diät bei Scharlach 295, 376, 892.
Bryant. Behandlung des Stotterns 1001.
A. Buche und **L. Bérard.** Erscheinungen akuter Wurmfortsatzentzündung bei angeborenem Fehlen des Wurmfortsatzes 1010.
Buck. Keuchhusten 251.
E. M. Buckingham. Schutz der Milch 963.
Koloman Buday. Hochgradige Entwicklungsstörung der Nieren 1018.
Buddee. Säuglingssterblichkeit oder Geburtenrückgang 761.
L. Budinow. Bacter. lactis acidi 3.
P. Bueri. Tuberkel im Pedunculus 166.
Coleman G. Buford. Caruncula urethralis 997.
G. Buglia. Übergang der Eiweißverdauungsprodukte von der Mutter auf den Fötus 610, 967.

W. Bujak. Meningitis 172.
Jesse G. M. Bullowa. Typhus exanthematicus 642.
J. L. Bunch. Salvarsan bei hereditärer Syphilis 164 — Exanthem 212 — Behandlung der Naevi 494 — Kongenitale Lues mit Salvarsan und Neosalvarsan behandelt 985.
C. Bunde. Mediane Halsfistel 860.
E. Bundschuh. Tuberöse Sklerose des Gehirns 99.
Albrecht Burchard. Multiple Enchondrome in den langen Röhrenknochen 750.
E. Burchard. Behandlung des Mumps mit Formamint 900.
J. Burfield und **A. J. Cleveland.** Akute purulente Arthritis 155.
W. E. Burge. Trennung von Lab und Pepsin 3.
Burgess. Chloroma 261.
Burmeister. Säuglingsfürsorge im Kreise Wanzleben 281.
R. Burnier. Hypophysensyndrom 726.
Charles W. Burr. Neurosen 736, 917.
A. Burr, F. M. Berberich und **A. Berg.** Untersuchungen über Kolostralmilch 658.
R. Burri. Molkenlimonade 658.
R. Burri und **J. Kürsteiner.** Reduzierende Eigenschaften der Kuhmilch 3.
Busacchi, Kassowitz und **Schick.** Experimentelle Serumtherapie 526.
H. Busch. Ertaubung nach Scharlach-Otitis 971.
W. A. Busch. Antistreptokokkenvakzin 160.
A. Buschmann. Rohe Kartoffeln als Futter für Milchvieh 3.
M. F. Bussière. Ärztliche Überwachung der Schulen und Schüler 1025.
M. R. Butler. Akute Gastroenteritis 241.
William Butler. Masern 971.
W. Buttermilch und **H. Stettiner.** Empyembehandlung 539.
J. Basil Buxton. Milch in ihrer Beziehung zu Krankheiten 963.
de Buys. Wassermannsche Reaktion 375 — Exophthalmus beim kindlichen Skorbut 741.
E. Farquar Buzzard. Akute Poliomyelitis 224 — Frühdiagnose und Behandlung der Epilepsie 804.
Chawa Bychowsky. Angeborene Ellbogenankylose eines mißgebildeten Armes 756.
F. Bychowski. Diagnostik und chirurgische Behandlung der Gehirnkrankheiten 832.
W. J. S. Bythell. Röntgenerscheinungen bei frühzeitiger Lungentuberkulose 651.
H. W. Bywaters und **A. Rendle Short.** Aminosäuren und Zucker bei der Rektalernährung 658.

Ernesto Cacace. Anwendung der Fermentmilch 615.
Italo Cacciami. Tracheobronchialdrüsentuberkulose 251 — Mongolenflecke 744.
Cachovic. Ulcus ventriculi 727.
A. Cade und **L. Rebattu.** Einteilung der Dextrokardien 718.
A. Cade, Ch. Roubier und **J. F. Martin.** Stenosen ohne Neubildung des Colon sigmoideum 995.
Williams B. Cadwalader und **E. P. Corson-White.** Beziehung der Syphilis zur progressiven Muskeldystrophie 985.
Dario Caffarena. Salvarsan in Frauenmilch 239 — Rumpel-Leedesches Phänomen bei Scarlatina 634, 874 — Ausscheidung des Salvarsans durch die Muttermilch 658.
Luigi Caforio. Tuberkulosediagnose durch Anaphylaxie in vitro 981.
Cahen-Brach. Bericht der Vereinigungen südwestdeutscher Kinderärzte in Frankfurt 326.
Georges Cahen. Bund der Mütterspeisestuben 761 — Mütterspeiseanstalten 1021.
F. Caillau und **G. Variot.** Leberzirrhose 266.
Caillau, Variot und **Bonniot.** Hemispasmus der Unterlippe 271.
H. Caillaux. Änderungen des Kuhmilchfettes 3 — Frauenmilch 3.
André Cain und **Jules Renault.** Lymphadenome der Tonsillen 262.
R. P. v. Calcar. Diplococcus pneumoniae und Pathogenese der kroupösen Pneumonie 720.
F. G. Caley und **A. G. L. Reade.** Radiographie der Tuberkulose 420 — Röntgenstrahlen in der Diagnostik der Tuberkulose 716.
Calhoun. Endokarditis 259.

William G. Mc Callum. Übererregbarkeit der Nerven bei Tetanie 890.
Martin Calvary. Zucker in der Säuglingsnahrung 241 — Bedeutung des Zuckers in der Säuglingsnahrung 945.
J. Calvé. Seehospize und chirurgische Tuberkulose 162 — Multiple Knochentuberkulose 651.
Jacques Calvé und **L. Lamy.** Behandlung der Skoliose nach Abbotts Methode 753.
Robert Reid William Calwell und **W. W. D. Thomson.** Noduläre Leukämie 724.
Camerer. Diphtheriebazillen im Säuglingsalter 528.
Hector Charles Cameron. Pneumokokkenperitonitis 155 — Sommerhitze und Sommerdiarrhöe 885 — Stillunfähigkeit der Frauen 959 — Sommerbrechdurchfall und Sommerhitze 959 — Verwendung und Mißbräuche bestimmter Nahrungsmittel 960.
Isaac Camhi. Erbrechen bei Unterernährung 241.
Carl D. Camp. Epilepsie 269.
Campagne und **G. Heuyer.** Kongenitale permanente Zyanose 719.
Campbell. Orthopädische Behandlung der Kinderlähmung 193 — Rheumatismus bei Kindern 634.
H. J. Campbell. Therapeutische Grundsätze für das Kindesalter 957.
O. H. Campbell. Eigenartiger Fall von Kochsalzvergiftung 760.
W. F. Campbell. Behandlung des Leistenbruchs 750.
Giuseppe Campora. Blasenparalyse durch Poliomyelitis 634.
L. Camus. Gesetz über obligatorische Impfung 1021 — Schutzimpfung gegen Varizellen 971.
George H. Candler. Behandlung des Scharlachs 971.
Raoul J. Caneiro. Gewichtsschwankungen bei Kohlehydratentziehung 960.
S. Canestrini. Leben des Neugeborenen 628.
Sebastiano Cannata. Hydrozephalus und Syphilis 251 — Blutuntersuchungen bei Leishmaniose 261 — Leukozyteneinschlüsse bei Leishmaniaerkrankung 723 — Infantile spastische Hemiplegie tuberkulöser Natur 736 — Blutplättchen bei Anaemia Leishmania 971 — Opsonischer Index des Blutserums bei tuberkulösen Kindern 981 — Statistischer und klinischer Beitrag zur Pleuritis purulenta 989.
A. Cantilena. Tuberkulöse Peritonitis 651.
A. Cantonnet und **G. Schreiber.** Kongenitale Aniridie und Katarakt 273.
Cany. Hypertrophische alkoholische Zirrhose 731.
Francesco Capobianco. Osmotischer Druck des Kolostrums und der Milch 658.
Joseph A. Capps. Milch und Anginaepidemie in Chicago 157 — Rolle der Milch in der Chicagoer Epidemie von Rachenentzündung 622 — Epidemische Streptokokkenangina 291.
Joseph A. Capps und **Joseph L. Miller.** Epidemie von Streptokokkenangina und Milchversorgung von Chicago 658.
C. Cardamatis. Anatomische Befunde der Osteogenesis imperfecta 1006.
Herbert M. Cargin. Diphtherische Enteritis 897.
Herbert M. Cargin und **T. Graham Shand.** Poliklinische Behandlung der Scarlatina 971.
Carland und **Coolidge.** Entfernung der Adenoide und Tonsillen 992.
Mc Carley. Nierensarkom 275.
Pericle Carlini. Frühgeburt und Säuglingssterblichkeit 969.
A. J. Carlson. Beziehungen zwischen dem physiologischen Verhalten der Thyreoidea der Mutter und des Fötus 992.
John H. Carman. Kongenitale Naevi 744.
Raoul J. Carneiro. Kenntnis der Gewichtsschwankungen bei Kohlehydratentziehung **333,** 569.
S. Carnik. Gehirnhypertrophie 175.
G. Caronia. Leishmaniaanämie 261, 433. — Behandlung der Chorea mit Magnesiumsulfat 269 — Anaphylaxie bei der Kinderleishmaniose 723 — Komplementbindung des Blutserums bei Leishmaniose 723, 972 — Temperaturkurven bei der Leishmaniose 723, 972 — Spezifische Agglutinine und Präzipitine bei

Leishmaniosis 972 — Aplastische perniziöse Anämie 990.
G. Caronia und **G. di Cristina.** Serologische Untersuchungen bei Kinderleishmaniosis 972.
Carozzi. Multiple Blasenpolypen 732.
Howard Childs Carpenter und **J. Claxton Gittings.** Gerinnungszeit des Blutes 357, 723.
Carr. Sommerdiarrhöe 616.
J. Walter Carr. Hirschsprungsche Krankheit 995.
Walter Lester Carr. Beziehungen der Amerikanischen Gesellschaft für Kinderheilkunde zur Säuglingsfürsorge 281.
H. Carré. Kontagiöse Agalaktie bei Schafen und Ziegen 3.
Carrère. Depopulation in Frankreich 281.
Henri Carrière und **E. Tomarkin.** Variola und Vakzine 251.
Carrion und **Sorel.** Milchferment 3.
Carter. Klinische und prophylaktische Winke für schwere Säuglingsernährungsfälle 616.
H. L. Mc Carthy. Diagnose der angeborenen Syphilis 985.
Cartwright. Ernährungsstörungen bei Brustkindern 616.
G. W. Mc Caskey. Perniziöse Anämie 723.
L. Casper. Therapie der Incontinentia urinae des weiblichen Geschlechts 830.
Hermann Cassel. Kongenitale Femurmißbildung 278.
J. Cassel. Eiweißmilch 3, 74, 314.
Cassoute. Wassermannsche Reaktion 240.
Castaigne. Familiäre syphilitische Albuminurie 648. — Orthostatische Albuminurie im Beginn einer Nierentuberkulose 997.
G. Castelli. Neosalvarsan 218.
Mariano Castex. Labferment 3, 206.
Marino Cati. Aphasie bei Typhus 251.
Cesare Cattaneo. Adrenalingehalt der Nebennieren 610 — Reaktion auf humanes und bovines Tuberkulin 651, 956.
Franco Cattoretti. Splenomegalie bei Leberzirrhose 732.
G. Cauby, Robinson und **George Draper.** Wirkung der Vagusreizung auf das Herz 82.
G. Caussade und **E. Joltrain.** Diphtheriebazillenträger 251.
Edmund Cautley. Muköse Gastritis 154 — Fieber beim Neugeborenen 196, 248 — Chronische infektiöse Endokarditis 718 — Moderne Behandlungsmethoden der Herzkrankheiten 718 — Diagnose der Abdominalerkrankungen 878, 956 — Prognose der Herzkrankheiten 988 — Mongoloide Idiotie 1002.
Edmund Cautley und **Edred M. Corner.** Diagnose akuter Abdominalerkrankungen im Kindesalter 957.
Alberto Cavazzani. Jod bei Pertussis 251 — Kongenitale spastische Pylorusstenose bei Brustkindern 727.
Caverly. Verhütung von Masern und Keuchhusten 634.
Xavier Cazalas. Trockenmilch 241.
Caziot, Léon Marchand, Gabriel Petit und **Fayet.** Poliomyelitis acuta bei einer Stute 975.
I. Cazzola. Einfluß des Kalziums auf den Hemmungsmechanismus des Herzens 612.
J. Cecikas. Krankhafte Vererbung 237.
W. Ceelen. Tuberkulöse Lebererkrankungen 162.
A. Cenni und **A. Acquaderni.** Heine-Medinsche Krankheit 970.
A. Cererelli und **G. Fieai.** Nitrate und Nitrite in Milch 4.
Léon Cerf. Purulente Frührhinitis bei Scharlach 1009.
Ugo Cerletti. Endemischer Kretinismus 1002.
Colombarolli Cesare. Angeborenes Herzleiden 718.
A. Cevidalli. Funktion der Nebennieren 197, 238.
Abdel-Hamid-el-Chafei. Tuberkulöse Pleuritis purulenta 981.
J. Chaillons, J. Babinski und **Th. de Martel.** Bilaterale Stauungspapille 269.
A. Chalier und **Ch. Garin.** Oxyurenappendizitis 1012.
André Chalier und **Paul Santy.** Riesen-Spina bifida 756.
J. Chalier und **F. Leclere.** Familiäre Hämophilie 249.
A. R. Chalmers. Milch und Scharlachheimkehrfälle 622, 658.
Chalochet-Walther. Thymektomie 750.
Jean Chamaillard. Anonychie 1013.
W. Chambellan. Nasenkatarrh 262.

Chambrelent. Salvarsan beim Neugeborenen 478, 874 — Spina bifida beim Neugeborenen 756.
Chambrelent und **Balard.** Ausgedehntes Hämatom der behaarten Kopfhaut 744.
Burton Chance, Entwicklungsalexie 1002.
F. G. Chandler. Empyem 432, 720.
Albert de la Chapelle. Referate aus der finnländichen pädiatrischen Literatur 604. — Spasmophilie 606.
Mathilde de la Chapelle. Hygienische Milchproduktion 622.
Chapin. Kohlehydrate in der Säuglingsernährung 241.
Charles W. Chapman. Arteriosklerose mit Fehlen beider Radialpulse 718.
Harold Chapple. Vulvovaginitis pneumococcica 267.
J. R. Charles. Myatonia congenita 165.
L. Charlet. H. Moutot und **J. Nicolas.** Kongenitale Dermatose 875, 1008.
Chaslin und **Anna Delage.** Kongenitale Pseudobulbärparalyse mit Diplegie 736.
Chateau. Scharlach 972.
Chatin und **Ch. Garin.** Hymenolepis nana 995.
Chatin und **R. Rendu.** Spondylitis typhosa 634.
A. Chauffard. Kongenitaler hämolytischer Ikterus 266.
Edmond Chaumier. Über- und Unterempfänglichkeit gegen Vakzine 1021.
Stephan Chauvet und **A. Souques.** Hypophysärer Infantilismus 994.
L. Cheinisse. Experimenteller Scharlach 251 — Duodenalgeschwür 995.
Chemitte. Familiäre juvenile Hepatitis 912.
Cheney. Kontrolle der Ophthalmia neonatorum in Massachusetts 746.
H. Chéron. Radiotherapie der Uterusfibrome 275.
V. Cheval. Mandelhypertrophie 725.
J. Chevalier. Trockenmilch 616.
Chevrel. Parathyphus-B-Infektion 972.
F. Chevrel und **G. Bourdinière.** Meningitis cerebrospinalis ohne Meningokokken 634.
Chevron. Chorea bei heredo-syphilitischen Kindern 736.
Hans Chiari. Familiäre Chondrodystrophia foetalis 390, 743.
Ottokar Chiari. Papillome im Larynx 1011.
Harriette Chick und **Charles Martin.** Viskosität von Kaseinsolen 3.
Hans Chop. Syndaktylie mit amniotischen Abschnürungen und Brachydaktylie 756.
Chotzen. Sexualpädagogische Tätigkeit 1025.
F. Chotzen. Intelligenzprüfungsmethode von Binet und Simon 816, 1001.
Martin Chotzen. Ärztliche sexuelle Belehrung in der Schule 765.
A. Chrétien. Azidität der Kuhmilch 622.
A. Chrétien, Martel und **Tanon.** Agglutination des Micrococcus Melitensis 513.
J. Christ. Kongenitale ektodermale Defekte 1007.
Hans Christa. Tabes dorsalis infantilis 1002.
Peter Christel. Einseitiger angeborener Buphthalmus haemorrhagicus 746.
Johann Christiansen. Freie und gebundene Salzsäure im Mageninhalt 367.
Di Christina. Tuberkulöse Kardiozirrhose 163.
Chron. Behandlung postdiphtherischer Lähmungen 298.
Walter Cimbal. Klinische Grundlagen der Beurteilung von anormalen Kindern und Jugendlichen 917.
Raniero Cinaglia. Pathogenetische Bedeutung der Askariden 995.
Citelli. Beziehungen zwischen Hypophyse und Nasopharynx respektive Keilbeinaffektionen 795 — Relative Häufigkeit des Canalis craniopharyngeus 1018.
Citron. Resistenzerhöhung gegen Tuberkulose 222.
Citron und **Leschke.** Beziehungen zwischen Nervensystem und Infekt beim Fieber 610.
Publio Ciuffini. Verschlimmerung eines angeborenen Hydrozephalus internus mit bulbären Symptomen 1018.
H. M. Mc Clanahan. Allaitement mixte 146 — Behandlung des Asthmas 309 — Zufütterung zur Brust bei Säuglingen 616 — Entfernung der Adenoide und Mundatmung 992.

L. Pierce Clark. Subdurale Injektion von Nebennierenextrakt bei experimenteller Poliomyelitis 193 — Serotherapie bei Zerebrospinalmeningitis 634 — Psychologie 269 — Poliomyelitis 634 — Infantile zerebrozerebellare Diplegie von schlaffem, atonisch-astatischem Typus 736, 916 — Schulhygiene 765.
Paul F. Clark. Subdurale Epinephrininjektionen bei experimenteller Poliomyelitis 634.
Clark und **Flexner.** Poliomyelitische Lähmung beim Hund 876.
Clark, Flexner und **Dochez.** Experimentelle Poliomyelitis 193.
Clark, Flexner und **Fraser.** Experimentelle Poliomyelitis 876.
Hilda Clark und **A. Mearns Fraser.** Poliklinik und Tuberkulinbehandlung 419.
Paul F. Clark und **W. C. Howard.** Übertragung der Poliomyelitis durch Insekten 193, 253, 382.
L. Pierce Clark und **Edward A. Sharp.** Einfluß der Heredität bei Entstehung von Epilepsie bei zerebraler Kinderlähmung 1002.
Clark und **Taylor.** Chirurgische Behandlung der spastischen, zerebralen Diplegie 833.
J. Michell Clarke. Allgemeininfektion durch Influenzabazillen 251.
P. Clarke. Heilbarkeit der idiopathischen Epilepsie 804.
T. Wood Clarke. Wert der Erziehung bei der Sorge für das kranke Kind 1001.
K. Classen. Ansteckende Krankheit und Aussetzen des Schulunterrichts 765.
H. Claude, A. Baudouin und **R. Porak.** Hypophysäre Glykosurie. 651.
Causen. Keratitis intestitialis 401.
Clay. Noma 634.
E. B. Claybrook. Hämophilie 249.
Jules Le Clech'h. Notwendigkeit der Errichtung von Spezialanstalten für abnorme Kinder 1001.
P. Clément, H. Rouèche und **Sorel.** Wiederholung des Scharlachs 972.
Peter Clemenz. Syphilis bei Schwachsinnigen 985.
A. J. Cleveland und **J. Burfield.** Akute purulente Arthritis 155.
W. O. Cliddon und **Joseph Collins.** Behandlung der akuten Chorea 972.
Clinton und **Snow.** Röntgendiagnose der Darminvagination 910.
Ralph Oakley Clock. Intestinale Implantation des Bacillus lactis bulgaricus 241, 658, 960 — Behandlung der Säuglingsdiarrhöe mit dem Bacillus bulgaricus 885.
Arthur Clopatt. Alimentäres Fieber bei Säuglingen 606.
W. Cobliner. Blutdruckmessungen bei Diphtherie 251.
Gerhard Hutchinson Cocks. Status lymphaticus 631.
Axel Codereutz. Ekzem und Ekzembehandlung 604.
Codet-Boisse. Anwendung von Jodtinktur 239 — Umschlingung der Nabelschnur 756.
E. F. Coghan. Herzkomplikationen bei Diphtherie 217.
Franz Cohn. Innersekretorische Beziehungen zwischen Mamma und Ovarium 658, 726.
Moritz Cohn. Masern und Schule 972.
Toby Cohn. Palpable Gebilde 558.
Cohn und **Ginsberg.** Pseudotumor der Iris 401.
Henry L. Coit. Vorzugsmilch 3 — Schema zur Aufzeichnung der Lebensfähigkeit 201 — Qualität der Rohmaterialien bei künstlicher Ernährung 241 — Ärztliche Milchkommission 245 — Erhitzte und überhitzte Milch 245, 366, 616, 658 — Beurteilung der Lebensfähigkeit von Kindern 281 — Philanthropische und soziale Fürsorge 281.
Camille Collignon. Dothienenteritis 264.
André Collin. Enuresis nocturna auf Grund von Ernährungsstörung 737.
Collin und **Dupré.** Mentale Debilität 773.
André Collin und **Gauchery.** Kinderlähmung mit meningealem Anfange 972.
André Collin und **A. Lesage.** Resistenz gegen Ermüdung 271, 359 — Progressive Paralyse 649 — Transitorische Störung der Geh- und Stehfähigkeit 1003.
Arthur N. Collins. Inkarzerierte Hernien 750.
J. Collins und **P. Armour.** Akute Bulbärparalyse nach Mumps 788.
Joseph Collins und **W. O. Cliddon.** Behandlung der akuten Chorea 972.

John Adams Colliver. Frühsymptome der Poliomyelitis 972 — Präparalytisches Poliomyelitissymptom 972.
E. V. Mc Collum. Eiweißstoffwechsel 3.
E. V. Mc Collum und **Marguerite Davis.** Einfluß des Mineralinhaltes auf das Wachstum 616 — Notwendigkeit gewisser Lipoide für das Wachstum 616.
Colombo. Autodarmintoxikation bei ekzematöser Keratokonjunktivitis 401 — Gonokokkenserum bei Gonoblennorrhöe 401.
E. Comanducci und **F. Frontera.** Milch 3.
Combe. Myxödem 269 — Eiweißdyspepsie 616.
Combier. Behandlung der Hasenscharte 756.
Jules Comby. Infantiler Skorbut 241, 741 — Trockenmilch 245, 365, 616, 658 — Renaler Infantilismus 267 — Heilbare Meningealaffektionen 269 — Dermato-Myositis 273 — Poliomyelitis 382 — Livedo 390 — Akute Enzephalitis 457 — Paratyphus 634 — Typhus 634 — Vakzinetherapie bei Typhus 972.
Comby, Dorlencourt und **Hallé.** Hautbromide 1007.
Comby und **Labourdette.** Mongolengeburtsflecke bei der weißen Rasse 744.
Comby und **de Vaugiraud.** Papillome der Vulva 267.
Johann Amos Comenius. Mutterschule 465.
C. Commes und **P. Balard.** Mit Zähnen geborene Kinder 1008.
L. J. J. Commiskey und **O. M. Schloß.** Hämorrhagische Diathese 249.
Julius H. Comroe. Längere Trinkpausen in der Säuglingsernährung 616.
Luigi Concetti. Angeborene Myatonia Oppenheim 1000.
A. Conor und **Charles Nicolle.** Vakzinebehandlung des Keuchhustens 642, 976.
Erich Conradi. Friedlaender-Sepsis mit Nebennierenblutungen 251, 418 — Diphtheriebazillen im Nasen- und Rachensekret 380, 624 — Tuberkulosennachweis im Tierversuch 901.
Heinrich Conradi. Bekämpfung der Diphtherie 634.
Domenico Consorti. Helminthiasis 264.
A. Conta-Kernbach. Willensanstrengung in der geistigen Erziehung 736.
H. Conradi und **Bierast.** Diphtheriekeime im Harn 216.
Emelyn Lincoln Coolidge. Häufige Fehler bei der Säuglingsernährung 960.
Cooligde und **Carland.** Entfernung der Adenoide und Tonsillen 992.
Cooley. Säuglingsschutzbewegung und Kinderheilkunde 281.
E. P. Copeland. Tuberkulose im Kindesalter 651 — Kongenitale Syphilis 985.
Corbin, R. Morlcheau-Beauchant und **R. Guyonnet.** Poliomyelitis 641.
E. Cordier. Infantiler Skorbut 658, 741 — Kongenitale Debilität 969.
Isador H. Coriat. Amaurotische familiäre Idiotie 737.
Corlay. Milch 3.
Siegfried Cornelius. Steifigkeit der Wirbelsäule 753.
Edred M. Corner. Sarkom des Femur 1011.
Edred M. Corner und **C. E. Bashall.** Amputation bei Kinderlähmung 275.
Edred M. Corner und **Edmund Cautley.** Diagnose akuter Abdominalerkrankungen im Kindesalter 957.
G. Cornet. Skrofulose 179.
B. Glanvill Corney. Masernepidemie auf Rotuma 578, 634.
Coronat. Kongenitale Elephantiasis und infantiles Glaukom 1006.
Carl Coerper. Zuckerspaltende Fermente in Fäzes 624.
Giuseppe Coseo. Tuberkulose der Milchkühe 3.
E. P. Coson-White und **Williams B. Cadwalader.** Beziehung der Syphilis zur progressiven Muskeldystrophie 985.
Romolo Costa. Plazenta der Riesenwuchskinder 628.
G. Costantini und **L. Sivori.** Prophylaktische Immunisierung gegen Diphtherie auf stomachalem Wege 645.
Denis Cotterill. Amyotonia congenita 593.
E. Cottin. Geheilte Meningitis tuberculosa 786.

E. Cottin und **M. Roch.** Atropin in der Diagnose meningealer und zerebraler Zustände 786.
Victor Coudere. Schwangerschaft und kongenitale Herzerkrankungen 238.
Coudray, Raynaud und **Ardin-Delteil.** Spondylitis bei Typhus 250, 381.
William Pearce Coues. Fragilitas ossium 268 — Dislokation des Ellbogens 275.
Henry Coullet. Restaurant gratuit 761.
Courmont und **Rochaix.** Vakzinetherapie des Typhus 302.
Courtney. Kaseingerinnsel im Stuhl 3.
Angela M. Courtney. Stoffwechseluntersuchungen 624.
Courtney, Moore, Holt, Levene, Brown, Wollstein. Einfluß eiweißreicher Ernährung 199.
David Murray Cowie. Säuglingsernährung 241 — Bedeutung des Pylorusreflexes bei echter und Pseudostenose 727 — Maligne multilokuläre Ovarialzyste 997.
David Murray Cowie und **Winfield Scott Hubbard.** Klinische Methode zur Bestimmung des Gesamtfettgehaltes der Säuglingsstühle 965.
Olimpio Cozzolino. Tuberkulose im Kindesalter 251 — Plötzliche sogenannte Thymustodfälle 726 — Tuberkulose der Mutter und Stillen 960 — Chronischer tuberkulöser Gelenkrheumatismus 651, 972.
Cramer. Eisenjodozinpräparat in der Kinderpraxis 563.
Crämer. Hygiene und Schule 765.
H. Cramer. Behandlung einiger Hautkrankheiten im Kindesalter 745.
Karl Cramer. Angeborene Schulterversteifung bei partiellem Infantilismus 277 — Anatomie der Spina bifida occulta 1018.
A. Cramer, L. Bruns und **Th. Ziehen.** Handbuch der Nervenkrankheiten im Kindesalter 701.
Cramer-Zehlendorf. Ekzembehandlung 316.
Jean-Marie-Roger Cramouzaud-Donnarieix. Schicksal der Frühgeborenen 248.
Disney H. D. Cran. Stillen 960.
Floyd M. Crandall. Amerikanische Gesellschaft für Kinderheilkunde 237 — Ätiologie der Konvulsionen 269.
J. H. Crane. Rheumatismus 972.
Janet E. Crane-Claypon. Wert der gekochten Milch als Nahrung für Säuglinge und junge Tiere 945.
C. V. Craster. Masern 894 — Epidemische Masern 972.
Cray. Säuglingssterblichkeit 761.
E. Bosworth Mc Cready. Verzögerte geistige Entwicklung 958.
C. Credé-Hörder. Nichtgonorrhoische Ophthalmoblennorrhöe 150, 273 — Spätinfektion der Ophthalmoblennorrhöe 273, 746 — Gonorrhoische Ophthalmoblennorrhöe 746 — Augeneiterung der Neugeborenen 1009.
Creen. Erziehung des blinden Kindes 746.
Creene. Ophthalmia neonatorum 746.
Cregg. Infantile Beriberi in den Philippinen 737.
R. Crémieu und **A. Lacassagne.** Gelenkkomplikationen bei Masern 251.
R. Crémieu und **Cl. Regaud.** Involution der Thymus durch Röntgenstrahlen 727.
Hans Gerhard Creutzfeldt und **Richard Koch.** Veränderungen der Hypophysis cerebri bei Diphtherie 972.
Hans Gerhard Creutzfeldt und **Adolf Reinhardt.** Akromegalie 744, 994.
T. Mc Cririck. Purpura fulminans 152.
Cristadoro. Milchversorgung 245.
G. di Cristina. Leishmaniose 261 — Wichtigkeit des hämatologischen Befundes für die Diagnose der Anaemia splenica pseudoleucaemica 723 — Kindertuberkulose in Palermo 981 — Kindliche Anaemia splenica 991.
G. di Cristina und **G. Caronia.** Serologische Untersuchungen bei Kinderleishmaniosis 972.
Crohn, Heiman und **Bookman.** Stoffwechsel bei amaurotischer familiärer Idotie 207.
Burrill B. Crohn und **Henry Koplik.** Fett- und Stickstoffwechsel bei kongenitalem Fehlen der Gallengänge 247 — Stoffwechsel bei Abwesenheit der Gallengänge 368.

Crohn. Diät bei Typhus 302.
Emil von der Crone. Chondrodystrophia foetalis 1006.
Paul Croner. Geschwülste 275.
Cronquist. Behandlung der Kindertuberkulose 305.
F. G. Crookshank. Säuglingsernährung 241, 363, — Mongolismus 1002.
F. C. Crookshank und **Sidney Boyd.** Angeborene Thoraxmißbildung 756.
Crosby. Hitze als verdauungsstörendes Moment 616.
C. F. Cross. Poliomyelitis in South-West-Norfolk 225.
Siegfried Crosz und **Julius Tandler.** Eunuchoidismus 1020.
André Crotti. Röntgenverfahren bei intrathorazischer Struma und Thymushyperplasie 726 — Trachealstenose durch Thymushypertrophie und Thymustod 992.
O. Crouzon. Cranio-faciale Dysostose 99, 735.
Crove. Gefahren der Adenoidektomie 725.
René Cruchet. Tetanus und Tetanie 634 — Entwicklung der internen Tuberkulose beim Säugling 651 — Diagnose der Hysterie 737.
René Cruchet und **Etienne Dubourg.** Diagnose und Therapie der kindlichen Epilepsie 1002.
Francis H. Mc Crudden. Bedeutung des Kalziums für das Wachstum 624 — Einwirkung von fett- und kohlehydratreicher Nahrung auf die Ausscheidung von Kreatin 624 — Endogener Stoffwechsel 624.
F. H. Mc Crudden und **H. L. Fales.** Kalziumausscheidung in den Fäzes 247 — Stickstoffhaltige Verbindungen in den Stühlen bei Infantilismus 416 — Übermäßige Kalkabgabe durch den Stuhl bei Infantilismus 416 — Intestinale Resorption bei Infantilismus 625 — Mangelhafte Körperentwicklung bei intestinalem Infantilismus 625 — Stickstoff- und Schwefelverteilung 625 — Stoffwechselbilanzstudien bei intestinalem Infantilismus 625.
Louis Cruveilhier. Säuglingssterblichkeit und Wohnungsnot 1021.
F. v. Csonka und **F. Edelstein.** Eisengehalt der Kuhmilch 4.
Culkin. Heilserum bei Diphtherie 634.
P. B. Mc Cullough. Zahnprophylaxe 391, 749.
P. Culot und **J. Leclerc.** Serumkrankheit 240.
J. H. Cumming. Pneumokokken-Zerebrospinalmeningitis 427.
W. T. Cummins. Döhlesche Leukozyteneinschlüsse 425, 575, 634.
Charles Greene Cumston. Tuberkulöse Mesenterialdrüsen der Zökalregion 981.
Cundrum. Akute Poliomyelitis in Kalifornien 876.
Ruby L. Cunningham. Skaphoides Schulterblatt 756.
Cuno. Tuberkulin Rosenbach 334.
James N. Currie. Wirkung des Bacillus bulgaricus 3.
H. Curchmann. Zerebrale Symptome der Tetanie und Kalziumtherapie 631, 804.
J. Curtillet. Osteogenetische Exostosen 275.
J. Curtillet und **P. Lombard.** Abnorm verlaufender Tetanus 635.
Otto Curtius. Impferkrankung des Auges 280.
Charles Greene Custon. Appendizitis im Säuglingsalter und in früher Kindheit 727.
W. Greenwood Cutcliffe. Tuberkulöse Nackendrüsen 251.
Colman Ward Cutler. Erblindung 273.
B. Czaplicki. Therapeutische Wirkung des Sublimats 173 — Lungenabszeß 174.
Adalbert Czerny. Zyklische Albuminurie 381, 732 — Abhängigkeit der natürlichen Immunität von der Ernährung 960.

W. van Dam. Wirkungswert von Handelslab 3 — Pepsinverdauung des Kaseins 3, 367.
Le Damany. Kongenitale Hüftgelenksluxation 555.
Dana und **Howland.** Formel zur Bestimmung der Körperoberfläche 6261.
J. Dandoy. Retropharyngealer Abszeß 167.
Charles Daniel. Diagnostischer und prognostischer Wert des Tuberkulins 239, 652.
D. Danielopolu. Taurocholnatriumreaktion bei Meningitis 492.

Sophie Daniouchevsky. Allgemeine juvenile Paralyse 269.
Dannenberger. Mikrozephalenfamilie Becker in Bürgel 783.
Dantin und **B. Auché.** Dyphtherische Paralyse 632.
A. Dantrelle, L. Babonneix und **F. Terlen.** Nervöse Erbsyphilis 258 — Optikusatrophie und erworbene Muskelatonie 739.
A. Dantrelle und **F. Terrien.** Traumatische Augenerkrankungen 747.
V. Danulescu und **E. Bordet.** Elektrische Untersuchung bei Poliomyelitis der Affen 633.
V. Danulescu und **C. Levaditi.** Penetrationsvermögen des Poliomyelitisvirus durch die Nasenschleimhaut 639.
V. Danulesco, C. Levaditi und **K. Landsteiner.** Experimenteller Scharlach 639.
Darier. Antistreptokokkenserum 298.
H. Darré, L. Lagane und **Louis Martin.** Zwischenfälle bei der Intubation von spät zur Behandlung kommendem Croup 1010.
Darré und **Nobécourt.** Tuberkulöse Bazillämie 255. — Nachweis von Tuberkelbazillen im Blut von Kindern mittels Impfung von Meerschweinchen 715 — Harnstoffgehalt des Liquors bei Nephritiden 773.
Darré, Nobécourt und **Bidot.** Übergang der Salizylsäure in die Zerebrospinalflüssigkeit 610.
M. Darrican. Angiome und Naevi 273.
R. Daunay. Wassermannsche Reaktion 87.
David. Diphtherische Lähmung 378 — Calcinosis 917.
Charles David. Doppelseitige Phlebites der unteren Extremität 750.
H. Sin David. Essentielle Daktylomegalie 279.
Heinrich Davidsohn. Chemismus des Säuglingsmagens 4, 77.
H. Davidsohn. Methode zur Unterscheidung von Frauenmilch und Kuhmilch 658 — Molke und Magendarmfermente 658.
Heinrich Davidsohn. Unterscheidung von Frauenmilch und Kuhmilch 622.
Maurice Davidson. Tödliche Hämatemesis infolge Leberzirrhose 266, 437.
Trevor Berwyn Davies. Kraniospinale Meningitis 226.
Broke J. Davis und **L. A. Rogers.** Milch 662.
David J. Davis. Streptokokken in Milch und Rachenentzündung 245 — Influenzapneumonie 428 Anatomie der Tonsillen 434 — Milchstreptokokken in Beziehung zur epidemischen Angina 658 — Progressive doppelseitige Taubheit im Anschluß an epidemische Zerebrospinalmeningitis 972.
Edward P. Davis. Thymustod beim Neugeborenen 992 — Abdominalblutungen 995.
Effa V. Davis. Toxämie und Eklampsie 269.
Marguerite Davis und **E. V. Mc Collum.** Einfluß des Mineralinhaltes auf das Wachstum 616 — Notwendigkeit gewisser Lipoide für das Wachstum 616.
John Marshall Day. Heimkehrfälle bei Scharlach 635.
H. B. Day. Behandlung der Säuglingsdiarrhöe mit Salzwasserinjektionen 960.
H. R. Dean. Idiotie und kongenitale Syphilis 218.
Frederick Deane. Oberhalb des Nabels gelegene Parovarialzyste 997.
Walter F. Dearborn. Formen des Infantilismus 992.
Debeyre. Menschlicher Embryo von 0·9 mm 628.
R. Debré, Godlewski und **Triboulet.** Spasmophiles Syndrom bei Entwicklung des Hydrozephalus 739.
Robert Debré und **Paraf.** Häufig tuberkulöse Natur der Nephritiden 997.
Robert Debré, Paraf und **Triboulet.** Meningitis cerebrospinalis 646.
Robert Debré und **Ribadeau-Dumas.** Lungentuberkulose 716.
Debré, L. Ribadeau-Dumas und **Wolfromm.** Meningitis beim Säugling 271.
Debré und **Triboulet.** Intestinale und mesenteriale Tuberkulose ohne Lokalisationen im Thorax 717.
Debré, Wolfromm und **L. Ribadeau-Dumas.** Fulminante Meningitis 1004.
M. Debrochotow. Hereditäre Familienerkrankung vom Über-

gangstypus zwischen spastischer Spinalparalyse und Friedreichscher Krankheit 792.
Deckert. Säuglingsfürsorge und Leutenot auf dem Lande 281.
Declairfayt. Hormol bei intramuskulärer und intravenöser Injektion 612.
L. Decloux und **L. Ribadeau-Dumas.** Röntgendiagnose der miliaren Lungentuberkulose 652.
Decroly. Fragebogen für die Prüfung anormaler Kinder 1000.
Decroly und **E. Henrotin.** Motorische Insuffizienz 1000.
B. Dedek. Entwicklung des Atemrhythmus bei den menschlichen Föten 967.
H. Deist. Bedeutung der Perlsuchtbazillen für die Tuberkulose 981.
Anna Delage und **Chaslin.** Kongenitale Pseudobulbärparalyse mit Diplegie 736.
Jos. Delchef. Prophylaxe der Deformitäten 753.
J. Delchef und **Léon Baruelle.** Muskeldystrophie 269, 777.
Albert Delcourt. Behandlung der kindlichen Pneumonien und Bronchopneumonien durch Sauerstoffeinatmung 720 — Anorexie und Syphilis hereditaria 985. — Wachstumsschmerzen 1006.
Deléarde. Typhusbehandlung 251 — Heredokontagiöse Tuberkulose 652.
Deléarde, Benoit und **Hallez.** Harnstoffmenge im Blut, der Lumbalflüssigkeit und im Harn 247.
Deléarde und **R. Hallez.** Chronische Purpuraerkrankungen 745.
Deléarde und **Valette.** Theorie der Sydenhamschen Chorea 737.
Sheridan Delépine. Milchversorgung und Tuberkulose 219 — Tuberkulose bei Kindern 251.
E. A. Delfino. Vielfache Knochenauswüchse 1011.
A. Delhaye. Elektrargol bei lobärer Pneumonie 84.
Delherm. Ossifikation des Knies 955.
Armand Delille. Tuberkulosemorbidität der Kinder 981.
Adolfo Delleplane. Pathogenese der Epilepsie 737.
Paul Delmas. Scheintod beim Neugeborenen 968.
P. Delmas und **J. Delmas.** Reiner Sauerstoff beim Scheintod der Neugeborenen 628.
J. Delmas und **Euzière.** Achondroplasie 1006.
Delneuville. Herzarrhythmie geheilt durch Abtragung von adenoiden Vegetationen 725.
Maurice Delort und **Pierre Labourdette.** Kinderkrämpfe 270.
L. Delrez. Branchiogene Krankheitszustände des Halses 1018.
Konstantin Delyannis. Rationelle Erweiterung unserer heutigen Diphtheriebekämpfung 972.
V. Demole. Organisches Brompräparat 470.
Denéchau. Pneumonie 720.
C. Denigès. Milchzuckerbestimmung in Frauenmilch 4, 622.
Alfred Denker. Intercricothyreotomie bei Larynxstenose 167, 275.
G. Denks. Ätiologie und Therapie der Schenkelhalsbrüche im Wachstumsalter 750.
A. Dennemark und **St. Engel.** Übergang des Kolostrums in Milch 4.
Roger H. Dennett. Kalorienbedarf der Flaschenkinder 150, 616 — Bewegung und Diät in ihrer Beziehung zum Wachstum 1006.
A. T. Denny, S. Berden, Veeder und **Robert Kilduffe.** Akute Darmerkrankungen 621.
M. Denucé und **Nové-Josserand.** Chirurgie und Orthopädie des Kindesalters 704.
F. X. Dercum. Interne Behandlung der Epilepsie 804.
Derscheid-Delcourt. Knochenbrüchigkeit und kongenitale Hüftgelenksluxation 753.
van Derslice. Milch 622.
F. Dervieux. Lebensfähigkeit der Neugeborenen 629.
F. Dervieux und **J. Leclercq.** Untersuchung der Mekoniumflecke in der gerichtlichen Medizin 760.
Desagher. Barlowsche Krankheit 598.
Hubert Deselaers. Situs inversus totalis 756.
P. Desfosses. Vorbereitung zum Gehen nach Immobilisation der Hüfte 753.
E. Desmarest. Behandlung traumatischer Epiphysenlösung am unteren Femurende 750.

Desplas und **Broca.** Vorübergehende Spätlähmungen des Abduzens bei Schädelbrüchen 779.
Georges-Raoul Détré. Schicksal der Frühgeborenen 630.
Ernö Deutsch. Säuglingsfürsorgestellen und Milchküchen in Budapest 281 — Fürsorge 1022 — Sozialhygienische Versorgung der abnormen Kinder 1022.
Helene Deutsch. Kombinierte Systemerkrankungen 700.
Carl Deutschländer. Spinale Poliomyelitis 251.
Deutschmann. Netzhautgliom 401.
Max Deussen. Epidemiologie der akuten epidemischen Kinderlähmung 900, 973.
A. Devaux. Behandlung der Epilepsie mit Borsäure 804.
G. Dévillé. Verschwinden des Kolostrums bei Wöchnerinnen 622.
Alfred Devilliers. Thermometrie 239, 610, 968.
Louis Devraigne. Gesetz über Wöchnerinnenschutz 397.
G. Devulder und **J. Leclercq.** Schädelfraktur 1014.
Thomas W. Dewar. Jodoform-Injektion bei Keuchhusten 487, 635.
W. Dibbelt. Kalthunger bei Brustkindern 4 — Wesen der Rachitis 208 — Rachitis und Kalkstoffwechsel 368, 743.
Dicken. Darminvagination 728.
Dide. Zerebellare Heredoataxie und hereditäre papillare Atrophie 1002.
Diffloth. Milchindustrie 1913 622.
Max Dienel. Situs viscerum inversus 1018.
Ludwig Dienes. Stoffwechsel in der Schwangerschaft und Laktation 965.
Artur Dienst. Bau und Histogenese der angeborenen Nierengeschwülste 732.
Diesing. Ätiologie der Rachitis 390, 743.
Th. Dieterle, L. Hirschfeld und **R. Klinger.** Endemischer Kropf 795, 909, 993.
Karl Dietl. Pathologie der lordotischen Albuminurie 490, 733.
Dietrich. Einrichtung der Krüppelfürsorge 753.
Walter J. Dilling. Dosierung der Arzneimittel 239.
Christian Ditlevsen und **H. Boas.** Noguchis Luetinreaktion 873.
Kasimir Dluski und **Stefan Rudzki.** Klinische Bedeutung der Moroschen Tuberkulinreaktion 652.
J. Doazan. Ätiologie, Symptome und chirurgische Behandlung der meningealen Hämorrhagien 718 — Chirurgische Behandlung meningealer Blutungen 718.
Dobbertin. Stumpfe untere Tracheotomie 298, 392.
E. Döbeli. Bemerkungen zum kasuistischen Beitrag von Wolff zu der Arbeit: Über die Verwendung von Opiaten im Kindesalter **266** — Opiate im Kindesalter 320, 957 — Ernährung und Ernährungstherapie 960.
Dochez, Flexner und **Clark.** Experimentelle Poliomyelitis 193.
A. R. Dochez, George Draper und **Francis W. Peabody.** Poliomyelitis 256.
George Dock. Mangelhafte Entwicklung bei Arthritis 240.
Walter J. Dold, Fritz B. Talbot und **Hugo A. Peterson.** Experimenteller Skorbut und Röntgendiagnose des Skorbuts 1005 — Kalzinose 1005.
Matthäus Doell. Sexualpädagogik in ihrer Beziehung zur Schule 1025.
Albert Dollinger. Pneumokokkenmeningitis 580, 973.
Dominici. Veränderungen der Nabelschnur 165.
Archibald L. Mc Donald. Angeborener Duodenalverschluß 911 — Kongenitale Atresie des Duodenums 995.
James Donelan. Angeborene Syphilis mit intranasalen Läsionen 985.
Zacharias Donogany. Behandlung der akuten Tonsilitis 725.
Dörfler. Tätigkeit des beamteten Arztes auf dem Gebiet der Säuglingsfürsorge 1022.
Dörken. Spiritus glycerinus 322.
H. Dorlencourt, E. C. Aviragnet und **L. Bloch-Michel.** Trockenmilch in der Säuglingsernährung 2, 147, 657 — Tryptische Verdauung der rohen Milch 621 — Tryptische Verdauung der gekochten Milch und der durch Überhitzung getrockneten Milch 657.
H. Dorlencourt, Comby und **Hallé.** Hautbromide 1007.

H. Dorlencourt und **H. Edelmann.** Habituelle Obstipation 616.
H. Dorlencourt, A. B. Marfan und **Fr. Saint-Girons.** Mineralverluste durch die Stühle bei Athrepsie 966.
H. Dorlencourt und **Georges Schreiber.** Einwirkung der Hitze bei jungen Hunden 620.
Eugen Doernberger. Schularztfragen 185 — Das kindliche Antlitz in gesunden und kranken Tagen 610 — Kleinkinderfürsorge 761.
Otto Dornblüth und **Hedwig Dornblüth.** Diätetisches Kochbuch 712.
Dorner. Status epilepticus 804.
van Dorp. Behandlung von Spondylitis mit dem Callotschen Korsett 700 — Behandlung tuberkulöser Herde mit Röntgenstrahlen 700.
Robert Doerr. Statistik der Skoliose 753.
G. A. Dotti. Drehlade für Findlinge 281.
Chas. W. Doughtie. Asphyxie der Neugeborenen 968.
E. Doumer. Behandlung der tuberkulösen Osteitis 652 — Tuberkulöse Gelenkerkrankungen 981.
Doutrelepont. Behandlung der Hauttuberkulose 212.
Charles N. Dowd. Resektion von einem Drittel des Kolons wegen irreponibler Intussuszeption.
Frank I. Drake. Das Recht des Kindes auf gesunde Geburt 237 — Nationale Bedeutung der Eugenie 281 — Schulkinderhygiene 765.
Dransfeld. Postdiphtherische Lähmungen 298.
George Draper, G. Cauby und **Robinson.** Wirkung der Vagusreizung auf das Herz 82.
George Draper, A. R. Dochez und **Francis W. Peabody.** Poliomyelitis 256.
George Draper und **John M. Hauford.** Infektion niederer Affen mit Scharlach 577 — Übertragung des Scharlachs auf niedere Affen 635, 848.
Dräseke. Scapula scaphoidea 1018.
Dreesmann. Unblutige Behandlung des Klumpfußes 753.
Gustav Drehmann. Deformitäten im Wachstumsalter 278.
E. G. Dressel. Statistik der Tuberkulosesterblichkeit in Baden 585, 981.
Dreuw. Alopecia atrophicans 874.
Julius Drey. Hereditäre Brachydaktylie 100, 279.
Dreyfuss. Serumtod infolge von Anaphylaxie 322.
L. Dreyfuss und **E. Lesné.** Diphtherieserumtherapie pes os 240 — Serotherapie per rectum 240.
W. v. Drigalski. Schulgesundheitspflege 141 — Epidemiologie und Bekämpfung der Diphtherie 298.
v. Drigalski und **Bierast.** Nachweis der Diphtheriebazillen 566.
Heinrich Drodten. Kasuistik der Wachstumsstörungen der langen Röhrenknochen 743.
H. Droop-Richmond. Milch 658.
J. Drost. Nachweis genügend erhitzter Milch 4, 658, 963.
Maurice Dubois. Differentialdiagnose und Behandlung der Zerebrospinalmeningitis 482 — Heilbare akute Kolimeningitis 973 — Künstliche Atmung beim jungen Kinde 989 — Verdauungsstörungen durch Brucheinklemmung 1011.
Maurice Dubois und **Karl Stolte.** Abhängigkeit der Kalkbilanz von der Alkalizufuhr 247, 842.
Etienne Dubourg und **René Cruchet.** Diagnose und Therapie der kindlichen Epilepsie 1002.
G. Dubreuil. Interstitielles Wachstum an den langen Röhrenknochen 955 — Wachstum der Knochen 955.
R. Ducastaing. Zystitis im Verlaufe des Scharlachs 635.
A. Harold Duckett. Perforiertes Magengeschwür 995.
W. L. H. Duckworth. Fötaler menschlicher Schädel mit anscheinender Zephalozele 756.
Ducosté. Kretinismus 795.
Ducroquet. Kindliche Fußmuskellähmung 737.
Ducuing und **Gilles.** Unerkannte Klavikularfraktur 750.
Louis Dufestel. Gesundheitsbogen der Schüler an Pariser Schulen 765.
Duffield. Zahnpflege bei Schulkindern 284.
Henri Dufour. Pylorusstenose 264.
André Dufourt. Natürliche Hämolyse der normalen und pathologischen Sera 614.

H. Dufour. Heilbare meningeale Zustände 737 — Laparotomie 960.
Henri Dufour und **Nuller.** Seltene orthostatische Albuminurie 733.
Henri Dufour und **J. Thiers.** Übertragung der Tuberkulose von der Mutter auf den Fötus 652.
A. Dufour und **E. Weill.** Infektiöser Pemphigus 875.
A. R. Dujarric de la Rivière. Meningitis durch Pseudomeningokokken und Parameningokokken 635.
Georges Dujol. Zerebrospinalmeningitis durch Pneumokokken 252.
Georges Dujol und **Georges Mouriquand.** Diuretische Wirkung des Waldmeisterinfuses 957.
Dujol. Santy und **G. Mouriquand.** Malaria 641.
H. Dumont, Varlot und **H. Grenet.** Vakzinetherapie des Typhus 979.
Fritz Duncker. Generalisierte postdiphtherische Lähmung 973.
Charles Hunter Dunn. Rheumatismus bei Kindern 252 — Ernährung bei Malnutrition 616 — Prognostik der Herzkrankheiten 904. — Herzkrankheiten im Kindesalter 988.
E. Dünzelmann. Salvarsan und Neosalvarsan bei Lues congenita 217, 307.
Duening und **Tourniere.** Spina bifida 1020.
A. Dunoyer. Tetanieforme Kontrakturen 735.
Duquesne und **Passemiers.** Musterkrippe 763.
R. Dupérié. Türksche Irritationszellen im Blute der Diphtheriekranken 973 — Mischinfektion von Spirochäten und Streptococcus pyogenes 985 — Pneumokokkensepsis bei hereditärer Syphilis 985 — Spirochaete pallida in den Organen eines Neugeborenen 985.
R. Dupérié und **J. Sabrazès.** Pathologisch-anatomisches und mikroskopisches Studium der hereditären Syphilis 987.
Duplessis. Goutte de lait und Consultation in Blanzy 761.
J. Dupont. Ernährung der Milchkühe 963.
Dupré und **Collin.** Mentale Debilität 773.
Raoul Dupuis. Geistig zurückgebliebene Kinder 740.
Henry Dupuy. Kindersterblichkeit und Totgeburten in der Gegend von Captieux und Villandraut 1022.
Homer Dupuy. Chronische Laryngealstenose 748.
L. Durand, Henri Imbert und **H. Germain.** Milch 6.
G. Durante und **E. Bonnaire.** Entwicklungshemmung am Schädel 240 — Mikromelie 268 — Mikromelie durch periostale Dysplasie bei Hereditärsyphilitischen 742 — Mikromelie und periostale Dysplasie 743 — Skelett mit Achondroplasie 743 — Vom infizierten Nabel ausgehende Lungenläsionen 989.
G. Durante und **Ecalle.** Perforierende Ulzera des Duodenum 728.
Durif. Adenoide Vegetationen bei Säuglingen 262.
Ernst Durlach. Phosphor in der Nahrung wachsender Hunde 625.
Samuel Durlacher. Pseudohermaphroditismus 267, 388.
L. Duroeux und **A. Lévy-Bing.** Behandlung der Syphilis der Säuglinge 649.
H. Durot und **Marcel Nathan.** Zurückgebliebene Schulkinder 741.
L. Dutoit. Neuritis optica 401 — Neuritis optica infectiosa bei Masern, Scharlach, Typhus und Influenza 779.
Raoul Dutholt. Myatonia congenita 98, 269, 1000 — Bordet-Gengousches Serum bei Keuchhusten 161, 635 — Epidemische Zerebrospinalmeningitis 252 — Pneumonie, Pleuritis und Perikarditis 259 — Eitrige Perikarditis durch den Bazillus Cohen 988.
van Duysse und **Rulot.** Prophylaxe des Trachoms 1009.
D. Dykes und **J. Biernacki.** Tödliche Purpura nach Scharlach 971.
A. L. Dynkin. Zerebrale postdiphtherische Lähmungen 595, 635 — Pathogenese und Klinik der zentralen Lähmungen nach Diphtherie 895.

J. Eason. Pankreatischer Infantilismus 732.
Percival J. Eaton. Probleme der Säuglingsernährung 199, 241.
Alexander C. Eastman. Magenverdauung und Erbrechen 241 — Intraventrikuläre Blutung 718.

Alexander C. Eastman und **Rosanoff.** Assoziationsvermögen schwachsinniger und deliquenter Kinder 167.
Ebbingaus. Epiphysitis tibiae dissecans traumatica adolescentium 856.
August Eber. Tuberkelbazillengehalt der Milch und Molkereiprodukte 245, 658.
Franz Ebner. Stauungsblutungen in der Haut bei Scharlach 252.
Ebren. Milch 658.
George E. Ebright. Angeborener Herzfehler 718.
G. Ecalle und **E. Bonnaire.** Traumatische Diaphysenlösung des oberen Humerusendes 1011.
G. Ecalle und **Durante.** Perforierende Ulzera des Duodenums 728.
Eckert. Diphtheriebehandlung 298, 379 — Pharmakologische Prüfung des vegetativen Nervensystems 737 — Indikation und Technik der Tuberkulinkuren 981.
C. H. Eckles und **Roscoe H. Shaw.** Einfluß der Individualität auf die Zusammensetzung und Eigenschaften der Milch 658 — Einfluß des Laktationsstadiums auf die Zusammensetzung und Eigenschaften der Milch 658.
Gustav Eckstein. Operative Krüppelfürsorge der deutschen Landeskommission für Kinderschutz und Jugendfürsorge in Böhmen 753.
Alfred Eddowes und **P. Brooke Unwin.** Erythem 212.
H. Edelmann und **H. Dorlencourt.** Habituelle Obstipation 616.
F. Edelstein und **Bahrdt.** Organanalysen bei Barlowscher Krankheit 506.
F. Edelstein und **F. v. Csonka.** Eisengehalt der Kuhmilch 4.
F. Edelstein und **L. Langstein.** Eisengehalt der Frauen- und Kuhmilch 7 — Eisenhaushalt im Säuglingsalter 500.
F. Edelstein, F. Rott und **L. Langstein.** Nährwert des Kolostrums 618, 661.
J. Clifton Edgar. Pulmotor 629.
Edgerly. Gelenkkomplikationen bei Scharlach 252.
Geo. H. Edington. Spina bifida 756, — Kongenitale Atresien des Ösophagus und Darmes 995.
John H. Edmondson und **Thomas D. Parke.** Einfluß schwerer Erkrankungen auf die spätere Entwicklung 149, 614.
Edson. Unterricht und Erziehung schwachsinniger Kinder 269.
Edwards. Schulaufsicht 285.
J. Effront. Milchfermente 4.
Egbert. Hygieneunterricht in der Schule 285.
R. Egenberger. Psychische Fehlleistungen 1000.
Ch. Eguchi, N. Imai und **K. Shiga.** Bordet-Gengouscher Nährboden für Keuchhustenbazillen 614, 880.
Albert Ehrenfried. Häufigkeit und Ätiologie des Klumpfußes 756.
Walther Ehrhardt. Behandlung der Diphtherie mit großen Serumdosen 298, 635.
Otto Ehringhaus. Syndaktylie 99, 279.
S. Eichelberg. Säuglingsmilchküchen 281 — Ursachen der Säuglingssommersterblichkeit 102, 281 — Prophylaxe der akuten Infektionskrankheiten 534 — Bedeutung der Untersuchung der Spinalflüssigkeit 773.
R. Eichloff. Kühlapparat Patent Thomsen 963.
A. v. Eiselsberg. Thyreoaplasie 795.
J. S. Eisenstädt. Dystrophie der Haare und Nägel 745.
Eisenstadt und **Guradze.** Krankheit und Kinderzahl bei den Frauen der mittleren Postbeamten 1022.
Otto Eisler. Oxydativer Abbau der Eiweißkörper 659.
J. Elgart. Eukalyptusfrage bei Scharlach und Masern 973.
H. Elias. Kohlehydratstoffwechsel 625 — Paravertebrale Dämpfungen bei Aortitis 718.
Lewis W. Elias. Adenoide im Säuglingsalter 262.
Petro de Elizalde. Leberabszeß 731.
Pedro E. de Elizalde und **Fernando Schweizer.** Pylorusstenose 995.
Finley Ellingwood. Materia medica und Therapie 237.
J. H. Elliott. Herz bei Diphtherie 635 — Tuberkulose im Kindesalter 981.
A. W. M. Ellis und **H. F. Swift.** Spirochätentötende Wirkung des Serums der mit Salvarsan behandelten Kranken 879 — Wirkung intraspinaler Injektionen

von Salvarsan und Neosalvarsan bei Affen 879.
S. Elperin. Angeborener Defekt des Ductus choledochus aus mechanischer Ursache 731, 912.
Elsching. Anomalien der Lidspaltenform 401.
Theodore J. Elterich. Pyurie 997.
Leonard W. Ely. Poliomyelitis anterior acuta 973 — Infantile Zerebrallähmung 1002.
Emanuel. Anaemia splenica 991.
P. P. Eminet. Natürliche und künstliche Säuglingsernährung 4.
Rudolf Emmerich und **Oskar Loew.** Erhöhung der natürlichen Resistenz gegen Infektionskrankheiten durch Chlorkalzium 610 — Einfluß der Kalksalze auf Konstitution und Gesundheit 625, 969.
Emmett, L. Holt und **P. A. Levene.** Allgemeine Betrachtungen 609.
E. Emrys-Roberts. Eintrittspforten des Tuberkelbazillus 981.
Engel. Kaseinmilch 348 — Wirkung der mechanischen Erschütterung auf die Frauenmilch **559,** 147, 659 — Technik der Ernährung 569, 659 — Röntgendiagnostik der Bronchialdrüsenvergrößerungen 725.
Sigismund Engel. Berufsvormundschaft in Budapest 281 — Rechtsverfolgung der Ansprüche unehelicher Kinder 281.
St. Engel. Diagnostik der Bronchialdrüsentuberkulose 652.
St. Engel und **J. Bauer.** Biochemie und Biologie des Kolostrums 183, 659.
St. Engel und **A. Dennemark.** Übergang des Kolostrums in Milch 4.
F. Engelmann. Sauerstoffdruckatmung zur Bekämpfung des Scheintodes der Neugeborenen 629.
Guido Engelmann. Salvarsaninjektion bei Behandlung der Neugeborenen 291 — Rachitis der Wirbelsäule 552 — Knochenzyste des Femur 699, 750 — Coxa vara infolge Karies des Schenkelhalses 699, 753.
Engels. Bekämpfung der Tuberkulose 281.
Arusiak Engibarian. Todesursachen totgeborener und kurz nach der Geburt gestorbener Kinder 968.
Engleson. Angeborene hypertrophische Pylorusstenose 728.
Epstein. Variola bei Neugeborenen 874.
Abraham Epstein. Hypertrophische Pylorusstenose 264.
Alois Epstein. Blattern und Impfung in Böhmen 1021.
Paul Erdélyi. Ausscheidung der stickstoffhaltigen Stoffwechselprodukte bei Nephritis 733.
Erdheim. Wismutintoxikation 322.
R. Erdmenger. Angeborener Herzfehler mit Sektionsbefund 718.
Berta Erlanger. Beziehungen zwischen Spasmophilie und Keuchhusten 474, 846, 973.
E. Erlenmeyer. Blutbild bei Pocken und Impfpocken 161.
Julien Ernoul. Diagnose und Behandlung des primären akuten Larynxödems 989 — Primäres, akutes Larynxödem 989.
Wilhelm Ernst. Grundriß der Milchhygiene für Tierärzte 659.
Esau. Nekrosen nach Umschlägen mit essigsaurer Tonerde 322.
F. Escande. Unempfindlichkeit des Neugeborenen gegen Vakzine 968.
P. Esch und **H. Bonhoff.** Meningitis purulenta beim Neugeborenen infolge rechtsseitiger eitriger Mittelohrentzündung 786.
Echweiler. Ohr- und akute Infektionskrankheiten 748.
D. Escudero. Hereditär-luetische Aortenveränderungen 259.
Juan Espil. Hereditäre Spätsyphilis der Leber 648.
Adolphe d'Espine. Infantile Paralyse 269 — Gleichgewichtsstörungen bei tuberkulöser Meningitis 652 — Tuberkulose und Schule 652 — Akute Endokarditis während eines Choreaanfalles 718 — Rogersche Krankheit 718 — Lobärpneumonie der ersten Kindheit 721 — Bantische Krankheit 723 — Allgemeine Sklerodermie 745.
A. d Espine und **H. Mallet.** Herzthrombose bei Diphtherie 635.
W. L. Estes und **Lewellys F. Barker.** Familiäre Hämatoporphyrinurie 732.
Etchevery. Blutdruck während des Einschießens der Milch 991.
Etchevery und **Audebert.** Blutdruck während des Einschießens der Milch 990.

E. Etienne. Abstillen 267 — Pagetsche Knochenerkrankung und Heredo-Syphilis 648 — Maligner epithelialer Tumor des Hodens 733.
E. Etienne und **A. Aimes.** Ovarialkarzinom 733 — Kruralhernie 750 — Eingeklemmte Hernie 750 — Typische Osteomyelitis 750 — Luxation des rechten Zeigefingers 754.
Josef Eufinger. Veränderung der Frauen- und Kuhmilch durch Schütteln 963.
Eury. Milch 4.
Euzière und **J. Delmas.** Achondroplasie 1006.
C. A. Ewald. Chocolin 314 — Alkohol bei Infektionskrankheiten 973 — Entwicklung der Kinderheilstätten an den deutschen Seeküsten 1022.
Louis Exchaquet. Hirschsprungsche Krankheit 489, 728.
Eynon. Geistige Schätzung nach der Binet-Simonschen Methode 740.

Marshal Fabian und **Theobald Smith.** Bacillus abortus Bang 11.
Georges Jean-Baptiste-Marie Fabre. Adisonsche Krankheit 263.
Paul Fabre. Harnröhrensteine 267.
Fabre und **Bourret.** Salvarsan bei Heredo-Syphilis 648.
Fabre und **Rhenter.** Wegnersches Zeichen bei Autopsien an Neugeborenen 968.
Fabre und **Verrier.** Äthernarkose bei Ammen 239.
Fabresse. Osteomyelitis der Hüfte 750.
Joh. Fabry. Urticaria pigmentosa congenita 745.
Alberto Facchin. Praktische Methode zur Behandlung der Femurfraktur 1011.
Luigi Facciolà. Übertragbarkeit der Malaria 973.
Matteao Fago. Angeborener Megakolon 756.
C. Fairise. Chronische Pyelonephritis 914, 998.
Fairise und **Bonnet.** Schwerer Ikterus 997.
Fairise und **Haushalter.** Blasenstein und Pyelonephritis 998 — Atypische Geschwulst der Regio supraclavicularis 1013.
C. Fairise und **A. Rémy.** Kongenitaler Kropf 727, 994 — Tuberkulöse, hämorrhagische Nephritis 981.
G. Fairise und **F. Rauch.** Hämorrhagische tuberkulöse Meningitis 981.
V. M. Richard Fairplay. Spontane Hämorrhagie beim Neugeborenen 249.
H. L. Fales und **F. H. Mc Grudden.** Stickstoffhaltige Verbindungen in den Stühlen bei Infantilismus 416 — Übermäßige Kalkabgabe durch den Stuhl bei Infantilismus 416 — Intestinale Resorption bei Infantilismus 625 — Mangelhafte Körperentwicklung bei intestinalem Infantilismus 625 — Stickstoff- und Schwefelverteilung 625 — Stoffwechselbilanzstudien bei intestinalem Infantilismus 625.
Jacob Falewitsch. Kasuistik der Hämophilie 249.
Edmund Falk. Fötale Entwicklungsstörungen am Becken und an der Wirbelsäule als Ursache von Deformitäten 756.
Emil Falk. Kasuistik der Atresia ani 757.
Hans Falk. Dialysierverfahren nach Abderhalden 659.
L. W. Famulener. Serumhämolyse bei Ziegen 412.
Farmer. Behandlung der Kehlkopfdiphtherie 252.
C. B. Farr. Nahrungswert und Nahrungsbedarf 241 — Kalorienwert der Nahrung 960.
C. B. Farr und **R. A. Glenn.** Nebennierenblutung bei Neugeborenen 726.
M. A. Fauquey. Mongolenfleck 745.
A. Fauser. Abderhaldensche Anschauungen und Methoden 827.
Fayet, Gabriel Petit, Leon Marchand und **Caziot.** Poliomyelitis acuta bei einer Stute 975.
Fayol. Kongenitale Skoliose 757.
Maupas de Fécamp. Anregung verlangsamter Magenfunktionen 616.
Nicola Fedele. Stillen albuminurischer Frauen 242.
Osvaldo Federici. Rektumpolypen 1012.
E. Feer. Behandlung der Diphtherie 215 — Bronchiolitis und Bronchopneumonie 308 — Ernährung mit einfacher Eiweißrahmmilch 616, 839 — Fort-

schritte in der Säuglingsernährung 616 — Partielle Fettatrophie 616.
A. Fehér. Veränderungen der Knochen bei Infektionskrankheiten 973.
H. Fehling. Geburtenrückgang und seine Beziehung zum künstlichen Abort und zur Sterilisierung 1022.
L. Feilchenfeld. Hautreiz bei Windpocken 635.
Anthony Feiling. Blut und Zerebrospinalflüssigkeit bei Mumps 635.
W. M. Feldmann. Angiers Emulsion 309 — Jüdisches Kind 954.
R. Felhoen. Kinder von Fabrikarbeiterinnen 761.
Th. v. Fellenberg. Rohrzucker- und Milchzuckerbestimmung in kondensierter Milch 659.
Richard und **Felizitas Felten-Stoltzenberg.** Sonnenbehandlung der chirurgischen und Bronchialdrüsentuberkulose an der See 850.
Ant. Fenewa. Seröse Pleuritis 260.
Frederic Fenger. Jod- und Phosphorgehalt der fötalen Schilddrüse 993.
Albert Feret. Abstillen 242.
Ferguson. Chirurgische Behandlung des Blasensteines 733.
K. Ferri. Paramyoklonus multiplex 735.
Gaston Louis Martin Edouard Fernagu. Sprachstörung bei Chorea 269.
Fernet. Rousselsches Gesetz 1022.
Clemente Ferreira. Mongolenfleck im Staate Sao-Paulo 745 — Diagnostischer Wert des Sistoschen Zeichens bei Syphilis hereditaria 986.
Jean Ferron und **H. L. Rocher.** Nierentuberkulose 716.
Edna L. Ferry, Thomas B. Osborne und **Lafayette B. Mendel.** Fütterungsversuche mit isolierten Nahrungssubstanzen 414.
Otto Fettick. Fliegenlarven enthaltende Milch 659 — Schleimige Milch, durch Bazillus mesenterius fuscus hervorgerufen 659.
L. E. La Fétra. Chondrodystrophie 390, 743.
Feuillée, Saint-Girons und **Marfan.** Zellelemente der Frauenmilch 964.
G. Fieal und **A. Cererelli.** Nitrate und Nitrite in Milch 4.
Alfred Fiekler. Infantile Pseudobulbärparalyse 1002.
Walter Fiedler. Blutdruckmessung an diphtheriekranken Kindern 635.
Frank S. Fielder und **Matthias Nicoll.** Mastoiditis mit nachfolgender Sepsis 274.
Fieux. Schwere Pylorusstenose 995.
René Fievez. Meningitis cerebrospinalis epidemica 635 — Myatonie oder Oppenheimsche Krankheit 735 — Buttermilch als Heilnahrung 960.
Fernandes Figueira und **Ursulina Lopes.** Alimentäres Fieber 247, 368.
Eduardo Filippi. Magenverdaubarkeit der Milch 622.
G. Finch. Ernährung von Säuglingen 616.
Leonard Findlay. Darmtraktus als Eintrittspforte des Tuberkelbazillus 451.
Leonard Findlay und **H. Ferguson Watson.** Mundekzem 904.
Morris S. Fine und **Victor C. Myers.** Hygienische Methoden zur Diagnose 661.
Ernst Finger. Geschlechtskrankheiten 713.
Gustav Fingerling. Einfluß organischer und anorganischer Phosphorverbindungen auf Milchsekretion 4.
Gaetano Finizio. Sanitäre Gesetzgebung und Kindersterblichkeit in Italien 281.
Rudolf Finkelnburg. Partielle Rindenatrophie und intakte Pyramidenbahn bei kongenitaler spastischer Paraplegie 737.
H. Finkelstein. Behandlung des Säuglingsekzems mit molkenarmer Milch 4, 314 — Ekzembehandlung 316 — Einteilung der Ernährungsstörungen 616 — Favus des Kopfes 694 — Trophische Hauterkrankung 694 — Diätetische Behandlung des Säuglings- und Kinderekzems 745, 874.
J. Finkelstein und **J. Gersehun.** Vakzinetherapie der gonorrhoischen Erkrankungen 998.
Gennaro Fiore. Tuberkulose der nervösen Zentralorgane 981 — Salvarsanbehandlung bei Sydenhamscher Chorea 1002.

C. Firket. Schicksal abgesprengter Epithelkeime in der Haut 273.
A. C. D. Firth. Mangel der Patella und Mißbildung der Nägel 279.
Fischer. Säuglingsernährung 242 — Verhütung der Kehlkopfstenose 635.
Alfons Fischer. Grundriß der sozialen Hygiene 466.
Alfred Fischel. Bedeutung der entwicklungsmechanischen Forschung für Embryologie und Pathologie 610.
Aladar Fischer. Chirurgische Behandlung der Ectopia testis 733, 1012.
Emil Fischer und **Georg Klemperer.** Lipoide Arsenverbindungen 198.
Heinrich Fischer. Skelettvarietäten 237.
Louis Fischer. Lumbalpunktion 239 — Behandlung des Scharlachs 252 — Bronchopneumonie 260 — Nervöse Erscheinungen mit Schlaflosigkeit und Pavor nocturnus 270 — Neosalvarsan bei Scharlach 453 — Infantiler Skorbut 741 — Behandlung des Scharlachs mit intravenösen Injektionen von Neosalvarsan 874, 848 — Zerebrospinalmeningitis 973.
Walther Fischer. Angeborene allgemeine Wassersucht 85.
Werner Fischer-Defoy. Pocken und Pockenimpfung 252.
Fischer und **Hoppe.** Bromkalziumharnstoff 320.
Rudolf Fischl. Scharlach 252 — Thymusextraktwirkung 512 — Analyse der Thymusextraktwirkung **515,** 957 — Tetanie und tetanoide Zustände 631 — Klinik des Masernexanthems 894.
Eben W. Fiske. Diagnostische Bedeutung der Leukozytenzahl bei Osteomyelitis und Knochentuberkulose 723, 850.
Geo W. Fitch. Bewahrung der Jugend 281.
William H. Fitch. Alimentäre und medikamentöse Bedeutung des Weines 240.
W. E. Fitch. Modifizierte Kuhmilch 242.
Duncan C. L. Fitzwilliams. Syphilitische chronische Affektionen 164.
Duncan C. L. Fitzwilliams und **W. H. Vincent.** Gangrän des Beines 750 — Grangrän der unteren Extremität 922.
R. Flachs. Dentition 210.
Ch. Flandin und **Ch. Achard.** Apotoxin im anaphylaktischen Chok 770.
G. Flatau. Chorea luetica 790.
E. Flatau und **W. Sterling.** Symptomatische Myoklonie bei organischen Affektionen des zentralen Nervensystems 1002.
E. C. Fleischner. Sommerdiarrhöe vom Standpunkt des Klinikers 960.
R. S. Fleming. Milch 4.
Hermann Flesch. Diverticulum oberhalb einer narbigen Ösophagusstenose 728, 854.
H. Flesch, J. v. Bokay und **Z. v. Bokay.** Lehrbuch der Kinderheilkunde 237.
Karl Flessa. Gehäuftes Auftreten akut entzündlicher Herzerkrankungen 718.
G. V. Fletcher. Adrenalin bei Keuchhusten 487.
de Fleury. Genese und Behandlung der Epilepsie 804.
Simon Flexner. Infektionsmodus bei Poliomyelitis 193 — Poliomyelitis 252, 635 — Epidemische Meningitis 579 — Unfälle nach subduraler Einspritzung des Antimeningitisserums 849 — Serumbehandlung bei epidemischer Meningitis 850, 973.
Simon Flexner und **Clark.** Poliomyelitische Lähmung beim Hund 876.
Simon Flexner, Clark und **Dochez.** Experimentelle Poliomyelitis 193.
Simon Flexner, Clark und **Fraser.** Experimentelle Poliomyelitis 876.
Simon Flexner und **Hideyo Noguchi.** Kultivierung des Poliomyelitisvirus 876, 973 — Kultivierung des Mikroorganismus der Poliomyelitis epidemica 898 — Kulturversuche mit dem Erreger der epidemischen Poliomyelitis 899.
H. Fließ und **F. Glaser.** Säuglingspyelitis und Otitis media 593, 998.
André Floquet. Ernährung bei Wolfsrachen 242 — Ernährungsstörung beim Brustkind 242.
M. Florentin. Säuglingssterblichkeit 281.

Ernst Flügge. Ursache der Sommersterblichkeit an Brechdurchfall 616.
Emil Flusser. Gerinnbarkeit des Blutes in den ersten Lebenswochen **705.**
Carlo Foa. Ursprung der Milchbestandteile 4.
Fodor und **Abderhalden.** Abwehrfermente im Blutserum Schwangerer und Wöchnerinnen 887.
Homer Folks. Tuberkulose und Schule 652.
François Fontaine. Laryngostomie bei diffusen Papillomen 748.
F. Fontaine und **E. Halphen.** Diffuse rezidivierende Larynxpapillome 1009.
Léon Fontaine. Endokrine Pathogenese der Raynaudschen Krankheit 726.
Ferdinando Fonzo. Komplikationen des Typhus 973 — Frühdiagnose der Kindertuberkulose durch Röntgenstrahlen 981 — Verhalten der Aminosäuren bei Herzerkrankungen 988.
Foord. Certified milk 840.
Nathan Chandler Foot. Amyotonia congenita 855 — Myatonia congenita Oppenheim mit Autopsiebefund 1000.
Duncan Forbes und **H. P. Newsholme.** Membranöse Rhinitis151.
M. K. Forcart. Larosan als Ersatz für Eiweißmilch 473, 659.
William W. Ford. Milchversorgung von Baltimore 622, 659.
Henry P. de Forest. Asphyxia neonatorum 275.
Fornaca. Epidurale Injektionen bei Enuresis 830.
Paul Forschner. Refraktion und Polarisation des Chlorkalziumserums der Milch 659.
Hj. Forssner. Pathogenese der angeborenen Darm- und Ösophagusatresien 757.
C. Förster. Tuberkulintherapie bei chirurgischer Tuberkulose 252, 652.
O. Foerster. Phylogenetisches Moment in der spastischen Lähmung 594 — Behandlung spastischer Lähmungen mittels Resektion hinterer Rückenmarkswurzeln 833.
David Forsyth. Stillen 960 — Ärztliche Aufsicht 1022.
Kennedy Foster. Akute epidemische Poliomyelitis 781.
M. Fouassier und **A. Trillat.** Verunreinigung der Milch mit Typhusbazillen durch Wasser 964.
Edmond Fournier und **Ed. Joltrain.** Hämolytischer Ikterus266. — Kongenitaler hämolytischer Ikterus heredosyphilitischen Ursprungs 648.
Russel S. Fowler. Zervikaladenitis 262 — Blinddarmentzündung bei Kindern 728.
Fox. Schwachsinnige Kinder 749.
Vincenzo Fragale. Malaria bei Neugeborenen 635 — Kochscher Bazillus in der Zerebrospinalflüssigkeit 652 — Hypertrophische pneumonische Osteoatrophie 735 — Erythrodermia desquamativa 874 — Spezifische Opotherapie bei Pneumonie 989 — Primäre septische Pyelitis 998.
R. Français. Perineale Hodenektopie 275 — Akute Osteomyelitis des Oberkiefers 1012.
R. Français und **A. Broca.** Chirurgische Behandlung der Hirntumoren 1011.
R. Français, A. Broca und **Bize.** Periostale Dysplasie und multiple intrauterine Frakturen 1011.
K. Franchetti. Vierte Krankheit 874.
Francillon. Mortalität und Vitalität der Neugeborenen 248.
G. Franconi. Syphilis 648.
Edward Francis. Poliomyelitis 973.
R. Francis-Fraser. Zerebrospinalflüssigkeit bei akuter Poliomyelitis 899.
Françon und **Lesné.** Erysipel beim Neugeborenen 254.
Frank. Experimentelle Milchauslösung 474 — Bazillus paratyphosus in einem pleuritischen Exsudate 563.
Armando Frank. Vergleichende Untersuchungen über die Ausnutzung von Vollmilch und kaseinfettangereicherter Kuhmilch **151,** 367, 965.
David Frank. Energiequotient und Temperatur im Säuglingsalter 965.
Else Anna Frank. Molketherapie bei ruhrartigen Darmkatarrhen 4, 242, 413.
Ludwig Frank. Angstneurosen und Stottern 608 — Diagnostik der Hirschsprungschen Krankheit 728.

A. Frank und **K. Stolte.** Mehlnährschaden 617, 839.
Kurt Frank und **Georg Wolff.** Stoffwechsel eines atrophischen Säuglings 625, 801.
August Frankau. Kuhmilch und ihre Produkte 707.
Gustav Franke. Sterblichkeitsverhältnisse unehelicher Kinder in Baden 282.
K. Franke. Schulhygiene in Japan 765.
Fraenkel. Multiple Sklerose 830.
A. Fränkel. Spasmosanbehandlung 804.
Dora Fraenkel. Normale Körpertemperatur 196, 219, 610.
Ernst Fränkel. Lordotische Albuminurie und Titrationsazidität des Urins 387 — Röntgenologische Untersuchungen bei Osteogenesis imperfecta 1006.
J. Fränkel. Dysbasia lordotica progressiva 801.
James Fränkel. Ätiologie und Therapie des angeborenen Klumpfußes 1016.
Fränkel und **Hauptmann.** Chineonal 300.
Arnold Frankenau. Pathogenese und Prognose der Säuglingstuberkulose 652.
O. Frankfurter. Tuberkulinbehandlung des Asthma bronchiale 853.
E. Frankhauser. Histologische Befunde bei Dementia praecox 827.
R. Franz. Serumtherapie bei Melaena neonatorum 291, 369, 617 — Injektionen mit menschlichem Normalserum bei Melaena neonatorum 968.
Marianne Franz und **Hans Aron.** Organische Säuren im Säuglingsharn **645.**
F. Franzi. Infantiler Dysthyreoidismus 263.
Fraser. Pflege der Neugeborenen 629.
A. Mearns Fraser und **Hilda Clark.** Poliklinik und Tuberkulinbehandlung 419.
Francis R. Fraser. Zerebrospinalflüssigkeit bei akuter Poliomyelitis 974.
John Fraser. Tuberkelbazillen des Typus humanus und bovinus bei der Knochen- und Gelenktuberkulose 89 — Knochen- und Gelenktuberkulose 584 — Vorkommen menschlicher und boviner Tuberkelbazillen bei Knochen- und Gelenktuberkulose 652 — Mikroorganismentypen in einer Reihe von Knochen- und Gelenktuberkulosen 982 — Behandlung der Nabelhernie durch subkutane elastische Ligatur 1012.
John Fraser, Flexner und **Clark.** Experimentelle Poliomyelitis 876.
John Fraser und **J. P. Gowan.** Vakzinetherapie chirurgischer Tuberkulose 420.
John Fraser und **John W. L. Spence.** Einzigartiger Fall von kongenitaler Skoliose 757, 1016 — Angeborene Skoliose 860.
Charles H. Frazier und **Charles K. Mills.** Intradurale Wurzelanastomose zur Heilung der Blasenlähmung 737.
Edwin Brown Fred. Reduktion von Methylenblau durch Milchbakterien 4.
P. Fredet. Pylorusstenose durch muskuläre Hypertrophie 728.
Pierre Fredet. Pathogenese der hypertrophischen Pylorusstenose 995.
P. Fredet und **L. Tixier.** Hypertrophische Stenose der Leber 266 — Hypertrophische Pylorusstenose 728.
Freeburg. Obstipation 242.
Freedman. Poliomyelitis 193.
Rowland Godfrey Freeman. Serumbehandlung bei Pneumonie 210, 721 — Säuglingsmilchküchen 282 — Diagnose und Behandlung der Pyelitis 914, 998 — Pneumonie 989.
Walter Frei. Praktische Milchuntersuchung 622.
E. Freifeld. Diphtheriebazillen im Harn 958.
F. Freise. Alkoholextrakt aus Vegetabilien als Träger barlowheilender Stoffe **687.**
Franz Fremel. Stottern und Fazialislähmung 1002.
Dupuy de Frenelle. Humerusfraktur 275.
Freund. Ärztliche Forschungen für die Organisation der Kleinkinderfürsorge 1022.
H. Freund. Salzfieber und Salvarsanbehandlung der Syphilis 648.
Paula Freund. Vermehrte Glykuronsäureausscheidung bei Säuglingstetanie 843, 965 — Beziehungen alternierender Bewegun-

gen zur Länge der Reflexbahnen 1002.
Ernst Freudenberg und **Ludwig Kloeman.** Spasmophilie 631, 843.
R. S. Frew und **A. G. Garol.** Glykosurie bei tuberkulöser Meningitis 888.
Ernst Frey. Histopathologie der infantilen Form der familiär-amaurotischen Idiotie 1002.
H. Frey. Schuluntersuchungen des Gehörorgans 274.
K. Frey. Zwei Stammbäume von hereditärer Ataxie 792.
Emilie Freydier. Enuresis 270.
Friberger. Puls und Blutdruck im späteren Kindesalter 432.
Joseph Frick. Einfluß der Leukozytenzahl auf die Reaktion der Milch 4.
E. Friedberger. Anaphylaktisches Fieber 614.
Friedberger und **Ito.** Beeinflussung der Körpertemperatur durch Salze 70.
E. Friedberger und **Ito Tetsuta.** Pathogenese des Fiebers 610.
H. Friedemann. Steigerung der Frauenmilchsekretion 474.
W. Friedemann. Schulzahnpflege 710.
Hans Friedenthal. Rolle der Salze der Frauenmilch 4 — Längenwachstum des Menschen 956.
Friediger. Benzinvergiftung 322.
Josef K. Friedjung. Parotitis epidemica 252, 429 — Ernährungsstörungen der Brustkinder und Konstitution 323 — Habitus tuberculosus 527 — Organminderwertigkeit 617.
Alfred Friedlander. Ätiologie und Diagnose des Scharlachs 635 — Diagnose und Behandlung der Thymushyperplasie 993.
Alfred J. Friedlander und **Victor Greenebaum.** Einfluß der Gärung auf die Darmflora 659.
Friedrich R. v. Friedländer. Koxalgische Attacke 856, 1012.
Lewis J. Friedman. Prognose und Behandlung der angeborenen und erworbenen Erweiterung des Kolons 995.
Friedmann. Ernährungs- und Entwicklungsstörungen 960.
Johannes Fries. Isolierte Erregbarkeitsstörung des Ventrikels bei Diphtherie 636.
B. Frisco. Heine-Medinsche Krankheit 366.
Erich Fritsche. Incontentia urinae 733.
Fritz und **Theodor Veiel.** Therapie des Ekzems 212.
G. Fritzsche. Beziehungen der Zahnkrankheiten zur Syphilis hereditaria 749.
Froehlich. Angeborener Schiefhals 1012 — Ästhetisches Vorgehen zur radikalen Heilung des Nabelbruches 1012 — Entwicklung der chirurgischen Tuberkulose 652 — Coxa vara 754 — Kongenitale Hüftluxation pathologischen Ursprungs 754 — Pottsche Krankheit 754 — Klumpfuß 1016.
M. J. Froment. Poliomyelitis 270.
W. Frommowiez. Therapeutischer Erfolg systematischer Lumbalpunktionen mit Duraschlitzung bei Hydrozephalus chronicus internus 830.
F. Frontera und **F. Comanducci.** Milch 3.
E. Fronz. Prophylaxe des Keuchhustens 636.
Hans Froesch. Komplementbindungsreaktion bei angeborenem Schwachsinn 741.
Emil Fröschels. Stummheit bei erhaltenem Hörvermögen 324 — Stummheit bei hörenden Kindern 472 — Sprachärztliche Therapie bei stummem Kind 614 — Lehrbuch der Sprachheilkunde 703 — Behandlung des Stotterns 1002.
Conway A. Frost. Epidemiologie der Poliomyelitis 876 — Infantiler Skorbut 242 — Milch eklamptischer Frauen 617 — Nervosität und Stillen 629, 960.
J. Frost. Herkunft und Abstammung der norwegischen Rinder 4.
Wade H. Frost. Vakzinebehandlung der Meningitis 612.
Wade H. Frost und **John F. Anderson.** Poliomyelitisübertragung durch Stallfliegen 428, 632.
Heinrich E. Frühwald. Kongenitale Trichterbrust 757.
Riccardo Fuà. Akquirierte Asphyxie 721. — Anwendung von normalem Blutserum 958.
Francesco Fulci. Natur der Thymusdrüse nach Untersuchungen über ihre Regenerationsfähigkeit bei Säugetieren 909.
Fuld. Medikamentöse Behandlung der Diarrhöe 314.

Leopold Fulda. Stillungsnot und Ursachen 617.
Fuller. Pneumonie 989.
Gavin Fulton. Pneumokokkeninfektion 252.
Guido Funaioli. Barlowsche Krankheit beim Brustkind 741.
M. Fürst. Einfluß der sozialen Lage auf die Schultauglichkeit 466.
Alfred Fürstenberg. Radium und Thorium 361.
Fürstenheim. Seele des Krüppels 754.
Heinrich Fuß. Laktobazilline 612.
Enrique Fynn. Nachweis der Tuberkelbazillen in Milch 4.

A. Gabathuler. Yoghurtkontrolle 659.
Georg Gaffky und **Otto Heubner.** Gefahren der Serumkrankheit bei der Schutzimpfung mit Diphtherieserum 958.
E. Gagnoni. Malaria beim Kinde 636 — Histologisches Studium der Nebennierenrinde 726.
Paolo Gaifami jun. Hämatoperitoneum bei Neugeborenen 629 — Extrauterine Asphyxie durch Hydropsaszites 648.
D. Galatti. Homoiomorphismus bei Exanthemen 477.
Galdiz. Einfache akute primäre Laryngitis 989.
R. Galeazzi. Unblutige Behandlung der kongenitalen Hüftgelenksverrenkung 754.
E. Galewsky. Erythrodermia congenitalis ichthyosiformis 745.
J. Galippe. Zervikalzona 273.
Pierre Gallas. Duodenalulkus 995.
Paolo Galli. Kolloidtherapie bei Masern 636 — Urtikaria 874.
B. Galli-Valerio und **M. Bornand,** Milch und Ovoserum 12.
A. Galliot. Behandlung der Tuberkulose 421 — Behandlung der Lungentuberkulose mittels der Ferrierschen Methode 652 — Syphilis beim Kinde 986.
Gallivan. Zahnkaries in der Schulaufsicht 749.
T. Gallois. Hitzschlag 617 — Prophylaxe des Gastroenteritis 617 — Trockenregime bei Gastroenteritis 617 — Hitzschlag der Säuglinge und Kühlhaltung der Krippen 1024.
Gallus. Sammelreferat über die deutsche ophthalmologische Literatur 401.
J. Galup. Lymphatismus in Beziehung zu Anaphylaxie und Immunität 631.
Gamble. Milchversorgung in Massachusetts 622.
Gandini. Kongenitale familiäre Ichthyosis 745.
Gantt, Schulhygiene 765.
Artur Gara. Henochsche Purpura 152.
Garel und **Gignoux.** Fremdkörper im Bronchus 750 — Stecknadel im linken Bronchus 1012.
Ch. Gardère, C. Mouriquand und **E. Weill.** Pneumonie bei Masern 980.
Ch. Gardère und **E. Weill.** Viskosität des Blutes 724 — Pathogenese der Pylorusstenose 996.
Ch. Gardère, E. Weill und **G. Mouriquand.** Nierentumor 1016.
Gardette. Multiple Exostosen 1012.
A. J. Gardies. Gros ventre beim Säugling 728.
Frederick Gardiner. Diagnose und Behandlung der Hautkrankheiten bei Schulkindern 1025.
Ch. Garin. Rolle des Trychozephalus in der Darmpathologie 728.
Ch. Garin und **A. Chalier.** Oxyurenappendizitis 1012.
Ch. Garin und **Chatin.** Hymenolepis nana 995.
A. F. Garrod und **W. H. Hurtley.** Kongenitale familiäre Steatorrhöe 745.
A. G. Garrol und **R. S. Frew.** Glykosurie bei tuberkulöser Meningitis 888.
Garrow. Darminvagination 1012.
A. Gasbarrini. Lordotische Albuminurie 733.
E. Gastier. Kasuistik der Meningitis basilaris posterior 786.
Gastier und **Barbier.** Hereditäre Syphilis des Nervensystems 788.
Pierre Gastinel. Injektions- und Immunitätsreaktionen bei Vakzine und Variola 636.
Pierre Gastinel und **Pierre Teissier.** Serumreaktionen der menschlichen oder experimentellen Vakzine und Variola 979.
Gastpar. Augenuntersuchungen bei Schulkindern 921.
E. Gatz-Emanuel. Infantile familiäre spinale Muskelatrophie 737, 794.
E. Gaucher. Milchverdauung 4.

E. Gaucher und **R. J. Weißenbach.** Chronische tuberkulöse Zervikaldrüsenerkrankung 652.
Gauchery und **André Collin.** Kinderlähmung mit meningealem Anfange 972.
Gauchery und **Lesage.** Kongenitaler Hemispasmus faciei 439.
K. Gaugele und **Th. Gümbel.** Littlesche Krankheit 1002.
Em. Gaujoux. Alimentäre Saccharosurie 625 — Spülungen mit Antimeningokokkenserum bei epidemischer Genickstarre 636. — Renaler Ursprung gewisser Hämoglobinurien 733.
Em. Gaujoux und **H. Bertin-Sans.** Katalase der Kuhmilch 245.
M. Gaussel. Behandlung der Lungentuberkulose mit Marmorekschem Tuberkulosenserum 652.
Pierre Gautier. Scharlach 636 — Untersuchungen über Scarlatina 636.
H. J. Gauvain. Chirurgische Tuberkulose 419.
Louis Gavet. Einfluß der Schwangerschaft auf die Tuberkulinreaktion 957.
W. Gavin. Hypophyse und Corpus luteum von Milchkühen 659.
Frederik P. Gay und **T. Brailsford Robertson.** Eigenschaften des Paranukleins 4 — Spaltungsprodukte des Kaseins 4.
Robert J. Gay und **Albert Howard Baugher.** Epidemie von bazillärer Dysenterie bei Anstaltskindern 633.
Gebb. Augenhintergrundstuberkulose 401.
Hans Géber. Favus bei Neugeborenen 745.
Gebhardt. Doppelbildungen der Zehen 757.
E. Geisler. Scleroedema neonatorum 745.
Genet und **Rollet.** Familiärer angeborener Katarakt 1009.
E. P. Gengenbach. Neuere Interpretationen der Ernährungsstörungen 617 — Menstruatio praecox 959.
A. Gentili und **A. Serra.** Wassermannsche Reaktion im Blute der Nabelschnur 240.
Maurice Genty. Phosphorstoffwechsel 625.
Gentzen. Aufgaben der Schulärzte 461.
Gentzen und **Clara Bender.** Hygienische und sexuelle Belehrung in der Schule 765.
Movcha Geolkver. Statistik der Meningitis 974.
C. Gerber. Kaseifikation von Jodmilch 5 — Labwirkung des Milchsaftes von Euphorben 659 — Verdauung des Kaseins und Fibrins 963 — Verdauung von roher und gekochter Milch 963.
D. Gerhard. Herzklappenfehler706.
H. Germain, L. Durand und **Henri Imbert.** Milch 6.
German. Therapie des Keuchhustens und Schnupfens 300.
J. Gerschun und **J. Finkelstein.** Vakzinetherapie der gonorrhoischen Erkrankungen 998.
Hanns Jacob Gerster. Inguinalhernie 276.
Jesse R. Gerstley. Beziehungen der Diät zu Verlauf, Blutbefund und Nephritis bei Scharlach **121**, 974.
Louis Géry und **C. Sauvage.** Ausgedehnte syphilitische Gummata 650, 904.
Wilhelm Geßner. Phosphorlebertran bei Rachitis 409 — Fettstoffwechsel 625.
Bruno Gettkant. Klassenepidemien von Diphtherie 636 — Schulärztliche Untersuchung an Fortbildungsschulen 765.
Getzowa. Osteogenesis imperfecta 272.
A. Ghon. Tuberkulose der Kinder 982.
Mac Gibbon. Erhebliche Gelbsucht 997.
H. D. Gibbs. Milch 5.
Alexander Gibson und **W. Tyrrel Brooks.** Tuberkulöse Meningitis 420.
W. Gledgowd. Einfluß des chronischen Darmkatarrhs und der hereditären Syphilis auf das Lungengewicht 176 — Entwicklung von Trachea und Bronchen 177.
W. Gielczynski. Brustfell-, Mittelfell- und Hautemphysem bei Bronchopneumonie 175.
Nic. Gierlich. Form und Wesen der infantilen hemiplegischen Lähmung 737, 783.
J. von Gieson und **H. L. Lynah.** Kreosot- und Kalziumbehandlung der Erkrankungen der Atmungsorgane 721.

Heinrich Giffhorn. Einfluß von Fettzulagen auf den Stoffwechsel verdauungsgesunder Kinder 947.
Gifford. Juvenile Form der familiären amaurotischen Idiotie 270.
Gignoux und **Garel.** Fremdkörper im Bronchus 750 — Stecknadel im linken Bronchus 1012.
Gilbert. Totalstar und Netzhautanomalien 401 — Endokarditis bei Kindern 718.
Eugen Gildemeister und **K. Baerthlein.** Bakteriologische Untersuchungen bei darmkranken Säuglingen 475, 613, 960.
L. W. Gilerowitsch. Veränderungen im Blutbestande infolge Exstirpation der Milz 91[illegible].
Hastings Gilford. Einfluß der Drüsen mit innerer Sekretion auf die Entwicklung 453.
R. Gilles. Meningeale Hämorrhagie 270.
Gilles und **Ducuing.** Unerkannte Klavikularfraktur 750.
James Gilroy. Krämpfe 1002.
J. van Gilse van West und **C. Winkler.** Chorea als organische Krankheit 740 — Epilepsie 740 — Gehirn eines amaurotisch-idiotischen Mädchens 740 — Heilbare Meningitis 740.
Ginet und **Paillasse.** Konjunktivitis bei Neugeborenen 273.
Heinrich A. Gins. Färbung der Diphtheriebazillen 381, 636.
J. Ginzburg. Kasuistik der Ptosis congenita mit kollateraler Vererbung 1009.
Ginsberg und **Cohn.** Pseudotumor der Iris 401.
C. di Giorgio. Behandlung der Tuberkulose mit heterologem Tuberkulin 653 — Diabetes insipidus bei tuberkulösen Kindern 742.
Giorgio Giorgie. Kranio-zerebrales Trauma 1012.
M. Gioseffi. Scharlach, Nephritis und Stillen 252.
Giraud. Tuberkulöse Peritonitis in Form von Ascitis 653.
Giraulet und **Tissier.** Große hereditäre syphilitische Milz 648.
Girault und **A. Lesage.** Sarkom des Ovariums 276, 444, 734.
St. Girons, Laroche und **Richet fils.** Milchanaphylaxie 7.
J. Girstenberg. Enuresis diurna et nocturna und Incontinentia alvi **629**, Heilpädagogische Praxis **629** — Paralexie in Verbindung mit anderen psychopathischen Stigmaten **631** — Psychopathische Minderwertigkeit **638**.
Alfredo Gismondi. Akroasphyxie als Zeichen exsudativer Diathese 249 — Behandlung hämorrhagischer Erkrankungen 249 — Spasmus nutans 270 — Heine-Medinsche Krankheit mit Läsion der Pyramidenbündel 636.
J. Claxton Gittings und **Howard Childs Carpenter.** Gerinnungszeit des Blutes 357, 723.
J. C. Gittings und **Ralph Pemberton.** Stoffwechsel bei Amyotonia congenita 270 — Stoffwechseluntersuchungen bei Myatonia congenita 735.
L. Giusty, B. A. Houssay und **C. Maag.** Wirkung von Hypophysenextrakt auf die Milchsekretion 964.
Reginald J. Gladstone. Kongenitale Atresie des Duodenums verbunden mit Volvulus des Ileums 995.
F. Glaser. Infantiler Skorbut 440, 742.
F. Glaser und **H. Fliess.** Säuglingspyelitis und Otitis media 593, 998.
Karl Glass. Menstruationsverhältnisse der Stillenden 242.
Paul Gläßner. Sonnen- und Luftbehandlung der chirurgischen Tuberkulose 903.
Karl Gläßner und **Siegmund Kreuzfuchs.** Pylorospasmus 728.
Gustav Gleim. Histologie der kindlichen Schilddrüse 726.
R. A. Glenn und **C. B. Farr.** Nebennierenblutung bei Neugeborenen 726.
D. J. Glomset. Leukozytenkörper bei Scharlach 158, 252, 576.
D. J. Glomset, J. A. Goodrich und **Walter L. Bierring.** Status thymico-lymphaticus 890, 969.
S. I. Glückmann. Schulüberbürdung 145.
Glüh. Mikrozephalie 270, 783 — Hydrozephalie 783.
Adolf Gminder. Mastitis streptokokken 5.
F. Göbel. Tuberkelbazillen im strömenden Blut 582.

Goddard. Größe und Gewicht schwachsinniger Kinder in amerikanischen Anstalten 829.
Godemel. Äthernarkose 240.
Paul Godin. Ungleiches Wachstum während der Pubertät 272 — Willkürliche Thorakal- und Abdominalatmung während der Wachstumsperiode 956.
Godlewsky, Triboulet und **R. Debré** Spasmophiles Syndrom bei Entwicklung des Hydrocephalus 739.
G. Gohde. Schulärztliche Tätigkeit 285 — Walderholungsstätten und Waldschulen 761.
Reinhold Gohr. Mastitisstreptokokken 617.
R. Golffon. Bestimmung des Ausgangspunktes einer Diarrhöe aus dem Stuhl 617.
H. Débora Goldberg. Tortikollis 276 — Geburtsschiefhals obstetrikalen oder kongenitalen Ursprungs 1012.
Joseph Goldberger und **John F. Anderson.** Masern 632 — Typhus 636.
Goldenberg. Spastische Diplegie 833.
Sophie Goldenfann. Bronchopneumonie 260.
Z. Goldfeld. Abhängigkeit der körperlichen Entwicklung Neugeborener vom Berufe der Eltern 629.
W. L. Goldie. Pankreatitis mit Gelbsucht im Verlauf von Infektionskrankheiten 438, 732.
R. Goldmann. Serumtherapie der Diphtherie 636 — Akuter Somnambulismus 801.
A. Goldreich. Keloidnarben nach luetischem Exanthem 322.
Goldstein. Angina und Diphtherie 636 — Taubes Kind 748.
Ferdinand Goldstein. Bevölkerungsfrage 282.
Margarete Goldstein. Angeborene Ptosis 745.
Goldstine. Blutung bei Neugeborenen 968.
V. Gomolitzky. Orthostatische Albuminurie 267.
B. Gomperz. Offenbleiben und Vernarben von Trommelfelllücken 100.
E. W. Goodall. Serumanaphylaxie 362 — Überempfindlichkeit 737.
James Frederic Goodhart. Darmparasiten 264 — Atypische Kinder 765.
Goodonough. Ärztliche Schulaufsicht 765.
J. A. Goodrich, D. L. Glomset und **Walter L. Bierring.** Status thymico-lymphaticus 890, 969.
G. L. J. Gooren. Hygienische Untersuchungen der Handelsmilch 5, 246.
Göppert. Schlaf- und Beruhigungsmittel 320 — Pathologie des Schnupfens 345 — Pflege des muskelschwachen Rückens im Spiel- und Schulalter 601, 754 — Darm bei foudroyant verlaufender Genickstarre 636 — Rhinitis anterior 921.
Reidar Gording. Entwicklung der Nasenebenhöhlen 748.
Gordon. Schilddrüsentherapie 726.
A. Gordon. Juvenile Tabes 781.
G. J. Gordon. Selbstmorde bei Kindern 818.
M. H. Gordon. Tödliche Erkrankung mit dem Befunde akuter interstitieller Parotitis 992.
Constantino Gorini. Rübenschnitzel in Beziehung zu Milchbakterien 5 — Fadenziehender Milchsäurebazillus 659.
Max Goerke. Tonsillektomie 907.
D. I. Gorochoff. Myelocele cervicalis 915.
Goronzek. Tätowierungen bei Soldaten 829.
L. Gorowitz. Ätiologie des Scharlachs 252 — Poliomyelitis 252.
Arturo Gorrieri. Hämatologische Untersuchungen über die Epilepsie 737.
P. Gorse und **Swynghedauw.** Radikalbehandlung der Ectopia testis 1012.
Gorter. Vakzinetherapie der Kolibazilleninfektion des Harntraktus 455 — Akute gutartige Pankreatitis 701.
Anna Goslar. Verhalten der lymphozytären Zellen in den Gaumenmandeln 992.
A. M. Gossage. Membranöse Rhinitis 151.
A. Hope Gosse. Erythema nodosum 1007.
S. Goto. Myositis ossificans progressiva multiplex 735 — Morgagnie-Adams-Stokessches Syndrom 718.
Gött. Pulskurven 107.
Theodor Goett und **Erich Benjamin.** Thoraxradiogramm 239.

Adolf Gottstein. Kleinkinderfürsorge 761, 1022.
J. F. Gottstein. Skoliose im Leben und in der ärztlichen Praxis 754.
A. Götz. Beiderseitige Choanalatresie 748.
Götzky. Klinische Diagnose der Lues congenita 355 — Klinische Bedeutung der Kubitaldrüsenschwellungen 725.
F. Goubau. Schwellung der tracheobronchialen Lymphdrüsen im Anschluß an Keuchhusten 974.
André Gouin und **P. Andouard.** Stickstoffumsatz 625.
George M. Gould. Rettung des zurückbleibenden Schulkindes 766 — Schutz für das zurückgebliebene Schulkind 1022.
J. Gourdon. Nervöse Störungen der Übererregbarkeit 754, 1012 — Beiderseitige kongenitale Luxatio sterno-clavicularis 1012.
Marie Gourvitch-Sehmerling. Enuresis 270.
A. E. Gow. Serumkrankheit 974.
J. P. Gowan und **John Fraser.** Vakzinetherapie chirurgischer Tuberkulose 420.
J. P. Mc Gowan und **Charles Mc Neil.** Fieberhafte Erkrankungen in einem Knabeninstitut 374 — Endemien in einer Industrieschule Schottlands 642.
S. Goy. Amerikanische Milchpulver 659, 963.
Goyet, Weill und **Mouriquand.** Rektale Salvarsaninjektion bei Chorea 272.
Ludwig Gozony. Serologische Unterschiede zwischen mütterlichem und fötalem Blutserum 882, 958.
W. C. de Graaf und **A. Schaap.** Milch 659.
Graanboom. Niederländischer Verein für Kinderheilkunde 700.
Howard T. Graber. Milch 5.
G. Gradenigo. Taubheit bei Meningitis cerebrospinalis 974.
Max Gräf. Bazillenbefunde im Urin von Diphtheriekranken 958.
E. Grafe. Eiweißstoffwechsel bei Fieber 573 — Stickstoffretentionen bei Fütterung von Harnstoff 965.
Heinrich Gräfingschulte. Bildung von Azidkaseinen 5.
Evarts A Graham. Vakzinebehandlung des Keuchhustens 300 — Pathogenese der hämorrhagischen Erkrankungen 629.
Emanuele Grande. Pulsverlangsamung bei Parotitis epidemica 974.
J. Grande und **A. Lalim.** Einfluß des Melkens 661.
J. Grande, A. Lalim, H. Isaachsen, J. K. Wold. Untersuchungen über den Fettgehalt der Kuhmilch 660.
John Granger und **C. Kingsley Pole.** Einschlußkörperchen bei Scharlach 252, 377.
Graening. Säuglingsernährung 242.
Grassl. Geburtenzahl und Säuglingsfürsorge 282.
Bernard F. Mac Grath und **Ch. Mayo.** Epithelkörperchen und Beziehungen zur Struma 804.
Martin Graetz. Spasmophilie und Epilepsie 1002.
O. Gratz. Antibiose zwischen Bakterium casein und den Bakterien der Coli-Aerogenesgruppe 5.
O. Gratz und **A. Varay.** Erkennung von Mastitismilch 5.
Grauermann und **Saltzeff.** Säuglingsfürsorge in Moskau 282.
Gravier. Angeborene Mißbildungen 279.
Gravier und **Voron.** Neugeborener von 5300 g 248.
James Gray. Verhütung der Kindersterblichkeit 1022.
Grayson. Freiluftschulen 766.
Wilhelm Greelen. Tuberkulöse Lebererkrankung 251.
Green. Appendizitis 728 — Sehstörungen und Zurückbleiben der Kinder 740 — Infektion der oberen Harnwege im Kindesalter 855.
Chas. C. Green. Serumbehandlung der Zerebrospinalmeningitis 636
Frank K. Green. Keuchhusten 252 — Manustupration 270.
Frank K. Green und **Q. W. Hunter.** Zirkumzision 267.
Robert M. Green. Tuberkulöse Osteomyelitis der Finger 982.
Joseph B. Greene. Diagnose und Behandlung der Diphtherie 636 — Entfernung von Adenoiden 636.
Victor Greenebaum und **Alfred J. Friedlander.** Einfluß der Gärung auf die Darmflora 659.
Greenwell. Kehlkopfdiphtherie 637.
Joseph W. Gregory. Ernährungsstörung 242.

W. Greifenhagen und **W. Bremer.** Fettbestimmung 245.
W. Greifenhagen, W. Bremer und **K. Sauerwein.** Zusammensetzung der Milch und des Serums 3, 245.
David M. Greig. Hereditärer kongenitaler Schiefhals 924, 1012.
Hans Grenacher. Thymusstenose 263.
H. Grenet und **L. Guinon.** Meningitis durch Meningokokken 786.
H. Grenet und **P. Loubet.** Organische und nervöse Symptome bei Chorea 790.
H. Grenet und **Rousselot.** Muskeldystrophie 270.
H. Grenet und **Sédillot.** Thymushypertrophie 263.
H. Grenet, Sedillot und **Victor Veau.** Pylorusstenose 264.
H. Grenet, Variot und **H. Dumont.** Vakzinetherapie des Typhus 979.
J. M. J. Gréze. Chirurgische Behandlung der rachitischen Schenkeldeformationen 268.
C. Griebel. Verkehr mit Yoghurt und Yoghurtpräparaten 242.
Griffin. Zystischer Polyp im Nasenrachenraum 748.
A. Griffith. Stillvermögen 146 — Menschliche Tuberkelbazillen in Milch einer vakzinierten Kuh 963.
P. J. Crozer Griffith. Stillfähigkeit der Mütter 617.
Grillo. Beziehungen zwischen Fötus und Mutter 628.
W. Grimberg und **Ch. Leroux.** Tuberkulöse Arbeiterfamilien 254.
W. Grimmer. Sammelreferat über Milchwissenschaft und Molkereipraxis 1, 657 — Fermentnatur der Milchperoxydase 5, 622, 659 — Fermente der Milchdrüse und der Milch 622, 963 — Rationelle Milchwirtschaft 659.
Walther Grimmer und **Arthur Scheunert.** Konkremente aus einer Milchdrüsenzyste 11.
St. Geo. T. Grinnan. Säuglingsernährung 617.
Maurice Griolet. Subarachnoideale Meningealblutung 718.
J. Griscom. Neuritis optica nach Masern 779.
J. Grober. Behandlung der Chorea minor 228.
Th. Groedel und **J. G. Mönckeberg.** Kongenitale Pulmonalstenose 719.
John Gröhnberg. Bandwurm und Magensaftsekretion 728.
M. Gromski. Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach 174 — Milzabszeß 174 — Rogersche Krankheit 174.
Fritz Groos. Landkartenzungen 970.
v. Groer und **Kassowitz.** Diphtherieschutzkörper bei Mutter und Neugeborenem 526, 527.
Gross. Spina ventosa costale 653.
Georges Gross und **L. Heully.** Intraperitoneale Blutungen genitalen Ursprungs 719.
Karl Gross. Seelenleben des Kindes 1000.
A. Grosse. Eingeklemmte Inguinalhernie 1012.
O. Grosser. Entwicklung des Vorderarms menschlicher Embryonen 248.
Paul Grosser. Einfluß des Kochens auf das physikalisch-chemische Verhalten von Frauenmilch, Kuhmilch und Buttermilch 659 — Einfluß des Kochens 622 — Organische und anorganische Phosphate im Stoffwechsel 625.
P. Grosser und **G. Schaub.** Pathologie des Morbus Banti 385.
A. Grossi. Zerreißungen der Brust- und Bauchorgane 1012.
Grossmann. Diätetik und Therapie des Scharlachs 295.
L. R. Grote. Variabilität des Bazillus paratyphi B. 958.
Ida Grubenmann. Verdoppelung der weiblichen Harnröhre 279.
Georg B. Gruber. Dextroposition des Aortenbogens 259.
Max Gruber. Typhuserkrankungen in München 659.
Hans W. Gruhle. Jugendliche Verwahrlosung und Kriminalität 139.
Clifford G. Grulee. Diätetische Behandlung der Säuglingstetanie 314 — Diätetische Behandlung von Krämpfen 617 — Beziehungen der Epithelkörperchen zur Säuglingstherapie 631.
C. G. Grulee und **A. M. Moody.** Langes kolloidale Goldchloridreaktion für Zerebrospinalflüssigkeit bei kongenitaler Syphilis 986.
Emil Grulich. Spina bifida occulta 757.
Grumeau. Lebensfähigkeit der Neugeborenen 968.

Karl Grünberg. Gesichtsspalten und anderweitige Mißbildungen des Gesichts 712.
Benno Grünfelder. Bromkalzium bei Laryngospasmus und Tetanie 574, 631.
Grussendorf. Blasennaht bei hohem Steinschnitt 733.
V. Grysez. Diagnose der Meningitis cerebrospinalis 786.
Guber, Variot, Lavialle und **Sédillot.** Nährwert der Trockenmilch 663.
Ch. Guérin. Oxyuren 995.
Guérin Valmale und **L. Payan.** Doppelseitige Orchitis 998.
C. Gueit. Meningitis tuberculosa 653 — Kuhpocken bei einem noch nicht geimpften Kinde 764, 974.
Gueit und **L. Baumel.** Hereditärsyphilitische, gummöse Meningoenzephalitis 647.
Guggisberg. Strumen Neugeborener 726.
Maurice Guibé. Beziehungen zwischen Appendizitis und Entzündung des Meckelschen Divertikels 1012.
G. Guidi. Wassermannsche Reaktion 648.
Georges Guillain und **Guy Laroche.** Pathologische Physiologie der diphtherischen Lähmungen 637.
P. Guillaume. Darminvagination 1012.
Guillaumet. Kinderfürsorge mit Säuglingssprechstunden in einer gewöhnlichen Mädchenschule 1022.
Laeau Saint Gully. Hemispasmus der Lippe 270.
Guinon. Serotherapie per rectum 240.
L. Guinon und **H. Grenet.** Meningitis durch Meningokokken 786.
Guinon, de Martel und **Ripart.** Hirntumoren 1013.
W. C. Mac Guire und **Edwards A. Park.** Kritik zweier Perkussionsverfahren 611.
Guisez. Ösophagusstenose 264.
M. M. Gukow. Scharlachschutzimpfungen 159.
Th. Gümbel und **K. Gaugele.** Littlesche Krankheit 1002.
Gumprecht. Säuglingssterblichkeit in Sachsen-Weimar 762.
Gumston. Appendizitis 168.
Gundelach. Sprachdefekte 614.
Hans Günther. Angeborene Kinnscharten und Kinnfurchen 757.
P. Guradze. Stoffelsche Operation 833.
P. Guradze und **Eisenstadt.** Krankheit und Kinderzahl bei den Frauen der mittleren Postbeamten 1022.
A. G. Gurko. Kala-azar 637.
Fritz Gutfeldt. Einfluß körperlicher und sozialer Verhältnisse der Mütter auf die Körpermasse ihrer Neugeborenen 968.
Leonhard Guthrie. Kinderkrankheiten und Zahnen 237 — Epidemischer Ikterus 387, 731.
Thomas Guthrie. Wiederauftreten von adenoiden Wucherungen 209.
Gutmann. Chemotherapie der Pneumokokkeninfektion 96.
Paul Guttike. Nachweis des Frischmilchendseins mit der Komplementbindungsmethode 5.
Walter Guttmann. Medizinische Terminologie 714.
R. Guyonnet, Corbin und **P. Moricheau-Beauchant.** Poliomyelitis 641.

Johannes Haas. Heimkehrfälle unter den Scharlacherkrankungen des städt. Elisabethkrankenhauses zu Aachen 637.
Sidney V. Haas. Verabreichung von Quecksilberchlorid an die Mutter 242 — Einfluß der Sublimatanwendung bei der Mutter auf die Verdauungsfunktion des Säuglings 659.
A. Häberle. Doppelmißbildung 757.
Paul Habetin und **Richard Bauer.** Moderne Methoden zur Funktionsprüfung der Niere 997.
Benzo Hada. Gehirnkomplikationen des Keuchhustens 974.
Siegmund Hadda. Angeborener Rippendefekt 757.
Robert Haff. Blutbildung in der embryonalen Hühnerleber 997.
E. Hagenbach-Burckhardt. Typhus abdominalis 947.
R. Hagemann. Oberschenkelfraktur bei Knochenatrophie 232 — Behandlung chirurgischer Tuberkulose mit künstlichem Licht 585 — Spätfolgen des operativen Gaumenspaltverschlusses 750.
O. Hagemann. Wirkung der Mineralsubstanzen im Tierkörper 625.
Otto Hagner. Schwankungen im Eiweißgehalt und in der Leitfähigkeit des Säuglingsblutes 723.

Hahn. Salvarsan bei Chorea minor 320 — Antikörperbildung bei Diphtherie 637.
Benno Hahn. Diphtheriedurchseuchung und Diphtherieimmunität 216 — Diphtherieimmunität 637.
Eduard Hahn. Reiner partieller Riesenwuchs 743.
Hans Hahn. Prognose der Säuglingstuberkulose 5 — Klinik des Wundscharlachs **233**, 578, 874, 974 — Durchlässigkeit des Magendarmkanals für an heterologes Eiweiß gebundenes Antitoxin 625, 840 — Erfolgreiche Behandlung von hämophilen Blutungen mittels des Thermokauters 991.
R. Hahn. Hämorrhagische Nephritis bei hereditärer Lues 218.
R. Hahn und **W. Knöpfelmacher.** Heimkehrfälle bei Scharlach **673**.
Géza v. Hainiss. Pitressches „Signe du sou" 611.
E. Hajos und **W. Schürmann.** Tellurnährböden 471.
R. Halben. Pathologie und Therapie des Hydrophthalmus congenitus 757.
R. Halberstadt. Moderne Säuglingsdiätetik und Praxis **483**, 960.
Halbey. Kombination narkotischer und Schlafmittel 830.
E. Cuthbert Hall. Augenkrankheiten 273 — Eingeklemmter Bruch 1013.
Wilhelm Hallauer. Unfälle im Kindesalter 237, 750.
Halle. Tonsillenexstirpation 229.
J. Hallé und **Aviragnet.** Diphtherie 250.
Jean Hallé und **Marcel Bloch.** Anaphylaktischer Schock bei Diphtherieserotherapie 240.
Jean Hallé, Dorlencourt und **Comby.** Hautbromide 1007.
J. Hallé und **F. Masselot.** Barlowsche Krankheit 742.
Jean Hallé und **Henry Salin.** Maligner Mediastinaltumor 750.
G. Hallez und **Deléarde.** Chronische Purpuraerkrankungen 745.
G. Hallez, Deléarde und **Benoit.** Harnstoffmenge im Blut, der Lumbalflüssigkeit und im Harn 247.
E. Halphen und **F. Fontaine.** Diffuse rezidivierende Larynxpapillome 1009.
J. O. Halverson. Milch 660.
Hamaide und **Nigay.** Diät bei Cholera infantum 617.
A. Hamant und **G. Worms.** Schenkelhalsfrakturen 753.
Franz Hamburger. Mechanismus psychogener Erkrankungen 491, 737, 801 — Psychische Behandlung im Kindesalter 491, 737 — Tuberkulose im Kindesalter 653 — Kindliche Tuberkulose im Lichte neuerer Forschung 982.
Louis P. Hamburger. Streptokokkenangina in Beziehung zur Milchversorgung in Baltimore 415, 660 — Septische Streptokokkenrachenentzündung und Beziehung zu einer Milchquelle 622.
J. M. Hamelberg. Zahnärztliche Hilfe an den Schulen zu Amsterdam 766.
F. A. L. Hammond. Vorfall der weiblichen Urethra 733.
John Hammond. Wirkung des Hypophysenextraktes auf die Milchsekretion 963.
W. Hanauer. Säuglingssterblichkeit 282.
Hanbidge. Säuglingsernährung mit unverdünnter Kuhmilch 960.
Alfred Hand. Anwendung intestinaler Antiseptika 617 — Säuglingsernährung 617.
Alfred Hand, Courtõand Y. White und **John Reichel.** Hydrophobie 1002.
Handmann. Temporäre Myopie bei orbitalen Neubildungen 402.
John M. Hanford und **George Draper.** Infektion niederer Affen mit Scharlach 577, 635, 848.
Hanns. Intermittierende Albuminurie 733.
Hans. Hautschnitt der Diphtherie 298.
D. von Hansemann. Konstitution als Grundlage von Krankheiten 631 — Vererbung von Krankheiten 956.
H. J. Hansen. Gewicht der neugeborenen Kinder 968.
Peter Hanssen. Einfluß infizierter Milch auf das Bakterienwachstum im Verdauungstraktus 5, 613 — Säuglingssterblichkeit in früheren Jahrhunderten 282 — Sommersterblichkeit in Kiel 282.

617 — Sommersterblichkeit der Säuglinge 499 — Unregelmäßigkeiten im Abfall der Säuglingssterblichkeit 762 — Fürsorge für eheliche Säuglinge 1022 — Geburtenrückgang 1022 — Säuglingssterblichkeit und Bekämpfung in der Stadt Kiel 1022.
Francis Harbitz. Seltenere Hirnkrankheiten 440 — Angeborene Tuberkulose 581, 653 — Epidemische Poliomyelitis in Norwegen 193, 637 — Familiäre amaurotische Idiotie 737 — Mikrozephalie 757.
A. Harden und **Lane-Claypon.** Milchfermente 5.
E. P. Harding und **Guy Parkin.** Milch 660.
H. A. Harding und **J. R. Wilson.** Euterbakterien bei Kühen 660.
Ira M. Hardy. Schulen für Schwachsinnige 285, 741.
Tabitha Haerle. Akutentzündliche Prozesse in den Organen bei kongenitaler Syphilis 648, 851, 874.
N. Bishop Harman. Auftreten der Ophthalmia neonatorum in London 1009. — Mißbildung beider oberen Extremitäten und der Musculi recti externi beider Augen 1018.
Harper. Bazilläre Dysenterie 974.
Ludwig Harriehausen. Autovakzination der Säuglingsfurunkulose 599, 745.
Ludwig Harriehausen und **J. Wirth** Toxinbefunde im Blute diphtheriekranker Kinder 637.
F. C. Harrison und **A. Savage.** Bakteriengehalt des normalen Euters 963.
Henry R. Harrower. Behandlung der Sommerdyspepsien 617.
D. Berry Hart. Achondroplasie 599.
D. B. Hart und **H. Steenbock.** Kalkbedarf der Tiere 662.
Karl Hart. Experimentelle Erzeugung der Möller-Barlowschen Krankheit 5 — Skorbut der kleinen Kinder 149, 1005 — Status thymico-lymphaticus 970 — Pathologie der Thymus 993.
Hartmann. Ambulante Tuberkulinbehandlung 902.
Adele Hartmann. Verkalkungsvorgänge im gesunden und rachitischen Knorpel 955.
T. W. Harvey. Eugenie 282.
P. Harvier und **V. Hutinel.** Osteomuskuläre Dystrophie mit Zwergwuchs 86.
Chas. C. Haskell. Verschiedene Zukkerarten bei der Säuglingsernährung 617, 883.
Walter T. Hasler. Säuglingsernährung 618, 961.
Michael Hassan-Dschalalian. Rationelle Kalkmedikation 612.
van Hasselt und **Hijmans van den Bergh.** Tumor der Glandula pinealis 588.
H. Hässner. Regeneration der Nierenepithelien bei Diphtherie 637.
Chas. J. Hastings. Rolle der Milch in der Säuglingssterblichkeit 1022.
Hauch. Stoffwechsel in der Schwangerschaft 572.
Hauch, Lemeland und **Vauseseal.** Stoffwechsel in der Schwangerschaft 572 — Ernährung während der Schwangerschaft 961.
Haulteoeur. Tuberkulose und Tuberkuloseprophylaxe beim Säugling 982.
Hauptmann und **Fränkel.** Chineonal 300.
Haushalter. Kindliche Dementia bei Epilepsie 737.
Haushalter und **Fairise.** Blasenstein und Pyelonephritis 998 — Atypische Geschwulst der Regio supraclavicularis 1013.
P. Haushalter und **Jacquot.** Subkutane Meningitis durch Pfeiffersche Bazillen nach spinaler Kinderlähmung 974.
Haushalter und **A. Rémy.** Meningitisstatistik der Kinderklinik Nancy 974 — Chronische Lungentuberkulose 982.
Th. Hausmann. Luetische Erkrankungen der Bauchorgane 586.
Marie Hausner. Wohlfahrtsauskunftsstelle der Wöchnerinnen in der Universitätsfrauenklinik München 762.
Paul Haussner und **Wolfgang Weichardt.** Dauerträger und Dauerträgerbehandlung bei infektiösen Darmerkrankungen 647.
Haverschmidt. Akute Ernährungsstörungen in der kühlen Jahreszeit 701.
Alanson W. Hawley und **John B. Manning.** Sarkom des Kleinhirns 751.

A. Hayashi. Übergang von Eiweißkörpern aus der Nahrung in den Harn bei Albuminurie **101,** 965 — Verhalten des Fettes in der Leber bei atrophischen Säuglingen und Inanition **221,** 965 — Neurofibromatöse Makroglossie 264 — Verhalten der Gitterfasern in der Rachitismilz 732, 858 — Durchlässigkeit des Säuglingsdarmes für artfremdes Eiweiß und Doppelzucker **749.**

A. Hayashi und **M. Matsuoka.** Erblichkeit der angeborenen Hüftgelenkverrenkung 754 — Angeborene Mißbildungen kombiniert mit kongenitaler Hüftverrenkung 754, 1018.

Irving S. Haynes. Behandlung der Meningitis 270, 389 — Hydrocephalus congenitus internus. 1018.

Hays. Nasen- und Rachenpflege 274.

Haywood. Poliomyelitis nach Hundebiß 876.

Charles M. Hazen. Syphilis bei Schulkindern 648 — Poliomyelitis anterior 974.

Daniel J. Healy und **Joseph H. Kastle.** Interne Sekretion der Brustdrüse 5 — Milchfieber und Eklampsie 5 — Einfluß der Kalksalze auf die Venentätigkeit 6 — Toxischer Charakter des Kolostrums 5, 6., 270

Adolf T. Hecht. Funktioneller und organischer Herzblock 83 — Physiologische Herzschallverhältnisse im Kindesalter 259, 323, 470 — Medikamentöse Therapie der Tuberkulose 305 — Eigenartige Arythmie 507 — Elektrokardiographische Analyse eines Falles von Adams-Stokes 719 — Mechanismus der Herzaffektion im Kindesalter 719, 956.

A. F. Hecht und **B. Sperk.** Adams-Stokescher Symptomenkomplex 939.

Heckel. Verhältnis der Ophthalmia neonatorum zur Blindheit 746.

Rudolf Hecker. Wanderausstellungen der Säuglingsfürsorge 282 — Pariser Kongreß 335 — Durchbruch einer erweichten Bronchialdrüse 343 — Mißbildung des Herzens 344.

Th. Hecter. Scharlach mit seltener Komplikation 637.

Hedges. Chirurgie 276.

S. G. Hedin. Immunisierung gegen Kalbslab 5 — Spezifische Hemmung der Labwirkung 5.

M. Hedinger. Muskulatur von anenzephalen und verwandten Mißbildungsformen 757.

Gunnar Hedrén. Pathologische Anatomie und Infektionsweise der Tuberkulose 162, 653 — Tuberkulose der Kinder 252.

Heermann. Mesbé 305 — Septumresektion im Kindesalter 1009.

E. Lee Heflin. Ösophagotomie zur Entfernung von Fremdkörpern 1013.

C. Hegler. Mumpsartige Erkrankungen der Zungenspeicheldrüse 637.

A. Heiduschka. Milcherfrischer 6.

Heile. Chirurgische Behandlungsmethoden des Hydrozephalus 351.

G. Heilig und **G. Steiner.** Entstehungsbedingungen der gemeinen Epilepsie 804.

Heilporn. Osgood-Schlatter'sche Krankheit 1013.

Heim. Krüppelfürsorge 762.

Ernst Heim. Spezifisches Gewicht des Milchserums 6.

Paul Heim. Wärmestauung und Exsikkation 75, 242 — Herpes zoster und Varizellen 95 — Salzfieber durch Wärmestauung 625.

P. Heim und **K. John.** Verwendbarkeit kaseinangereicherter Kuhmilch 6 — Mit Kasein angereicherte Kuhmilch 314 — Kaseinfettangereicherte Kuhmilch als Dauer- und Heilnahrung 660.

Heiman, Bookman und **Crohn.** Stoffwechsel bei amaurotischer familiärer Idiotie 207.

Henry Heimann. Doppelseitiger Hydroureter 998.

E. Heinecke. Angeborene Stenosen der Pars posterior der Harnröhre 733.

P. G. Heinemann. Epidemie von Halsentzündung in Chicago 637.

Herman Heizer. Asthma bronchiale 721.

H. Helbich. Physiologie der Milchsekretion 6 — Zahnschmelzdefekte in Beziehung zu Rachitis und spasmophilen Zuständen 442.

Helbing. Urano-Staphyloplastik 392.
Friedrich Helferich. Zuckerfieber 625.
Karl Helle, P. Th. Müller, W. Prausnitz und **H. Poda.** Schwankungen in der Zusammensetzung der Kuhmilch 6.
Fritz Heller. Ichthoform bei Typhus abdominalis 302 — Schicksal zweier Frühgeburten 689 — Albuminurie neugeborener Kinder 629 — Physiologie neugeborener Kinder 629.
Julius Sidney Heller. Zahnen der Kinder 1008.
Theodor Heller. Affektive Psychoneurosen 547 — Erziehliche Aufgaben der Heilpädagogen 1001.
Wolfgang Heller. Kinderarbeit in Ungarn 762.
Hugo Hempel. Otologie des Kindesalters 748.
T. Bonhote Henderson. Spontane Reduktion der Invagination 496.
F. F. Henderson, A. A. Hornor und **F. B. Mallory.** Keuchhusten 429 — Bordet-Gengoucher Bazillus und Keuchhusten 580, 640.
George A. Hendon. Fraktur des Femur 1013.
F. M. C. Hengeveld. Vakzinetherapie bei Kolipyelozystitis 998.
H. Henneberg. Hygieneunterricht in Volksschulen 285 — Schulärztliche Tätigkeit in Magdeburger Hilfsschulen 818.
W. Henneberg. Yoghurtbereitung 6.
A. Henneguier. Darmokklusion 264.
H. Hennnes. Krankhafte Ermüdung im Kindesalter 815.
E. Henrotin. Zusammenwirken von Arzt, Pädagoge und Schulschwester 766.
E. Henrotin und **Decroly.** Motorische Insuffizienz 1000.
Henschen. Überpflanzen normaler mütterlicher Schilddrüse in das Peritoneum, das Knochenmark und die Vena saphena magna des myxidiotischen Kindes 795.
Max Hentschel. Beurteilung musikalischer Intervalle und kleinster Tonabstände 740.
Hepner. Schulärztliche Tätigkeit im Staate Viktoria 766.
K. Hepp, O. Mezger und **H. Jesser.** Milch von maul- und klauenseuchekranken Kühen 964.
William P. Herbert. Vernachlässigte Punkte in der Kinderpflege 954 — Fürsorge für Säuglinge 955.
O. Herbst. Kalzium und Phosphor 625.
Henry Herding. Notwendigkeit und Technik des chirurgischen Eingriffs bei Nabelhernie 1013.
v. Herff. Schädeleinbrüche der Neugeborenen 291.
F. Hering. Hygienisch einwandfreie Milchaufbereitung 963.
W. Hering. Perirenales Hämatom nach Scharlach 158, 253.
C. H. Hermanides. Dextrokardie 601, 719.
W. B. Herms und **W. A. Sawyer.** Übertragung der Poliomyelitis durch die Stallfliege 978.
Arthur A. Herold. Epidemische Zerebrospinalmeningitis 637.
v. Herrenschwand. Airoltherapie der Gonoblennorrhöe 402. — Tuberkulinbehandlung von Augenkrankheiten 402 — Augenerkrankungen nach Schutzpokkenimpfung 402, 779.
W. W. Herrick. Skarlatinöser Ausschlag nach Atophan 974.
Charles Herrmann. 100 Kinder im ersten Lebensjahre 240, 359 — Zahnung als Krankheitsursache im Säuglingsalter 749 — Alter und Jahreszeit bei Kinderkrankheiten 955 — Akuter infektiöser Ikterus 997.
Edmund Herrmann und **Julius Neumann.** Lipoidgehalt des Blutes von Frauen und Neugeborenen 357 — Lipoide der Gravidität 476.
Arthur F. Hertz. Kongenitale Dyschezie 149 — Bastedos Zeichen bei Appendizitis 923.
Arthur F. Hertz und **W. Johnson.** Polioenzephalomyelitis mit Neuritis optica 737.
Karl Hertzell. Übungsbehandlung bei Littlescher Krankheit mit Hilfe einer neuen Gehstütze 857.
K. Herxheimer und **K. Altmann.** Behandlung der Krankheiten der behaarten Kopfhaut 212.
Herz. Medikamentöse Behandlung des Keuchhustens 637.
Henriette Herzfelder. Recht des unehelichen Kindes im neuen schweizerischen Zivilgesetzbuch 762.

Georg Herzog. Regeneration des Knochenmarks 1005 — Reichsversicherungsordnung und Säuglingsschutz 1022.
Alfred F. Hess. Pankreasferment 206, 626 — Pylorospasmus und Pankreasfermente beim Säugling 206, 728 — Duodenalkatheter 314 — Darmbakterien 564 — Pankreas bei kongenitalem Verschluß der Gallengänge 626 — Pankreatische Lipase 626 — Pathogenese der Kaseinbröckel im Stuhl 660 — Infektion von Anstaltskindern durch eine tuberkulöse Wärterin 850 — Pathogenese der Kaseingerinnsel im Säuglingsstuhle 888 — Pathogenese der Kaseinklumpen in der Säuglingsfäzes 965 — Ansteckung durch tuberkulöse Wärterin 982.
A. Hesse und **W. D. Kooper.** Fermentatur der Peroxydase 6.
Otto Hesse. Amidobenzaldehydreaktion im Harne bei Scharlach 637 — Ehrlichs Amidobenzaldehydreaktion im Harn bei Scharlach 965.
Walter Hetzer. Stomatitis bei Scharlach 637.
Otto Heubner. Chronische parenchymatöse Nephritis 85 — Chronische Nephrose 267, 438.
Otto Heubner und **Georg Gaffky.** Gefahren der Serumkrankheit bei der Schutzimpfung mit Diphtherieserum 958.
Heuck. Serumbehandlung der Hautkrankheiten 317.
Hermann Heuer. Tuberkelbazillengehalt, Schutz- und Fettgehalt der Marktmilch 6.
Heuking. Permanente Ventrikeldrainage bei angeborenem Hydrocephalus internus 757.
L. Heully und **Georges Gross.** Intraperitoneale Blutungen genitalen Ursprungs 719.
L. Heully und **Jacques Parisot.** Milzbestrahlung bei angeborenem hämolytischem Ikterus 731.
M. Heulz. Pemphigus mit Epidermiszysten 637.
M. af Heuerlin. Wann soll das Kind geimpft werden? 606.
G. Heuser und **G. Ranft.** Reichert-Meißlsche Zahl 6.
G. Heuyer. Kongenitale permanente Zyanose 719.
G. Heuyer und **Campagne.** Kongenitale permanente Zyanose 719.
R. Morton Hewitt. Poliomyelitis 225.
R. Tanner Hewlett und **A. T. Nankivell.** Diphtherieendotoxin 253, 426.
Heydolph. Mastitis und Stillen 691.
J. F. Heymans. Antituberkulöse Vakzination 582.
Hubert Heyter. Hämophilie 991.
Peverell S. Hichens. Ekzem 890 — Kongenitaler familiärer Ikterus 997.
H. Higier. Förstersche Hinterwurzeldurchschneidung 833.
T. Shadick Higgins. Diphtheriebazillus und Scharlachinjektion 974 — Appendizitis als Ursache einer Zellgewebsentzündung des Beckens 1013.
B. Hildebrand. Behandlung der Oxyuris vermicularis 728.
Wilhelm Hildebrandt. Leber bei Erysipel 95.
Hill. Kehlkopfdiphtherie 253 — Blutdruck bei Säuglingen, speziell bei Gastroenteritis 877.
Eben C. Hill. Diphtheriemortalität 253.
Howard Kennedy Hill. Retroperitoneales Lymphosarkom 101, 276 — Blutdruck bei Gastroenteritis 723.
Miner C. Hill und **Herbert B. Wilcox.** Eiweißmilch bei Verdauungsstörungen 621, 838.
Bernhard Willy Hillenberg. Säuglingsfürsorge im Landkreise Zeitz 242, 282. — Kindheitsinfektion und Schwindsuchtsproblem 253, 419, 653 — Geburtenhäufigkeit, Allgemeinsterblichkeit und Säuglingsmortalität in einzelnen Regierungsbezirken Preußens 282, 1022 — Ursachen des Schwachsinns bei Hilfsschülern 741.
Hiller. Nährsalzarmut als Krankheitsursache 188.
C. M. Hilliard und **E. C. Stowell.** Streptokokken in Milch bei Angina 12.
C. M. Hilliard, E. C. Stowell und **M. J. Schlesinger.** Streptokokken aus Milch und dem menschlichen Rachen 624.
Josef Hillmann. Arhinenzephalie mit medianer Spaltung der Oberlippe 1018.
Gustave Hinard. Milch 660.

Hinrichs. Psychiatrische Untersuchung der schulentlassenen Fürsorgezöglinge 818.
V. Hinsberg. Bronchoskopische Fremdkörperextraktion 751.
Hermann Hinterstoisser. Angeborener partieller Riesenwuchs 1006.
H. Hintzelmann. Spezifische Nephritis bei Erbsyphilis 874.
V. Hinze und **M. Sorin.** Orthostatische Albuminurie der Tuberkulösen 267.
Hinzelmann. Angeborne Sekretstauung in Talg- und Schweißdrüsen 391.
von Hippel. Indikanurie bei Augenkrankheiten 402.
B. Hiromoto. Statistik der angeborenen Mißbildungen in Japan 757.
Hirsch. Irrigation des spinalen Kanals vor Einspritzung des Heilserums 483.
Ada Hirsch. Physiologische Ikterusbereitschaft des Neugeborenen 517 — Icterus neonatorum 629, 997.
Georg Hirsch. Gründe des Nichtstillens und Stillfähigkeit 1022.
I. S. Hirsch. Diagnose von Fremdkörpern im Verdauungs- und Respirationstrakt 751.
Ludwig Hirsch. Schulaugenkliniken 766.
Felix Hirschberg. Meningitis cerebrospinalis epidemica 637.
Hanna Hirschfeld. Alimentäre Intoxikation und sympathisches Nervensystem 570, 617.
H. und **L. Hirschfeld.** Vasokonstringierende Substanzen im anaphylaktischen Chock 610.
L. Hirschfeld, Th. Dieterle und **R. Klinger.** Epidemischer Kropf 909, 975, 993.
Ludwig Hirschstein. Beziehungen des Schwefels zum Stickstoff in Nahrungsmitteln 6, 626.
Otto Hirz. Einfluß des Phosphors auf den respiratorischen Stoffwechsel 626.
W. His. Karellsche Milchkur bei Herzkranken 6.
W. D. Hoard. Stallerfolge 660.
Hobler und **Howland.** Blutdruck bei Pneumonie 308.
Karl Hochsinger. Infantiler Basedowoid 263, 325 — Angeborener Turmschädel **502**, 538, 1018 — Säuglingsmyxödem **550**, 538 — Bedeutungslose Geräusche in der Präkordialgegend 698, 719.
Hochstetter. Heilbarkeit der tuberkulösen Hirnmeningitis 221.
Aage Hock und **H. P. F. Oerum.** Darminvagination 751.
Heinrich Höck. Wert des Milchzahngebisses 543.
Höckner. Intensive Milchviehfütterung in einem Zuchtstalle 660.
Ig. Hofer. Pathologische Anatomie des Ohres bei kongenitaler Syphilis 648.
Paul Hoff. Polyneuritis und Poliomyelitis 493, 737.
Th. Hoffa. Technik der Massage 189 — Pellidol und Azodolen in der Säuglingspraxis 563 — Offene und geschlossene Fürsorge für Haltekinder und Uneheliche 762 — Säuglingsfürsorge im Deutschen Reiche 762 — Säuglingsfürsorge in Barmen 1022.
Hoffmann. Säuglingssterblichkeit in Schwarzenberg 282.
E. Hoffmann. Neurodermitis chronica faciei 874.
J. Hoffmann. Diplegia brachialis neuritica 777.
J. Hoffmann. Progressive hypertrophische Neuritis 777.
Hofmann. Pinselung des Bauchfelles mit Jodtinktur 305 — Behandlung des Asthma bronchiale mit Kalziumsalzen 309.
Eduard Ritter von Hofmann. Diagnose und Therapie der angeborenen Blasendivertikel 998.
L. Hofmann. Ätiologie des Pemphigoids 874.
Hofmeier. Schädelimpressionen beim Neugeborenen 549.
J. P. Hoguet. Behandlung der Hernie 1013.
M. Hohenadel. Yoghurt und Yoghurttrockenpräparate 6, 246, 618, 660.
Martin Hohlfeld. Thromboendocarditis ulcerosa 259.
Marie Hollensen. Therapie und Prognose der Tuberkulose 653.
W. C. Hollopeter. Frühdiagnose der Tuberkulose 253.
Arthur D. Holmes. Fehler bei der Säuglingsernährung 618.
Gordon Holmes und **F. E. Batten.** Progressive spinale Muskelatrophie 735, 794 — Endogene Fasern des menschlichen Rückenmarks 1001.

Gunnar Holmgren. Otitis media perforativa bei Skarlatina 253, 421.
Holodynski. Pocken des Sehorgans 499.
L. Emmett Holt. Kinderhospitäler und Säuglingssterblichkeit 282 — Tuberkulose durch rituelle Zirkumzision 982 — Wassermannsche Reaktion bei hereditärer Syphilis 986 — Siphonbehandlung des Empyems 989.
L. Emmett Holt und **P. A. Levene.** Allgemeine Betrachtungen 609 — Pyretogenetische Wirkung des Kaseins aus Kuhmilch 623.
L. Emmett Holt, P. A. Levene, Brown, Wollstein, Courtney, Moore. Einfluß eiweißreicher Ernährung 199.
Marie Holth. Salvarsanbehandelte Mütter und ihre Kinder 375, 648.
G. Holzknecht und **M. Sgalitzer.** Papaverin zur röntgenologischen Differentialdiagnose zwischen Pylorospasmus und Pylorusstenose 996.
Edmund Homa. Dauererfolge und Schicksale von im Seehospiz zu Triest behandelten Brünner Kindern 499, 764.
E. A. Homén. Meningitis serosa interna 604.
Erich Hoeniger. Trachostenosis thymica 260.
Julius Honigmund. Veränderungen der Milch maul- und klauenseuchekranker Kühe 6, 963.
B. Raymond Hoobler. Einfluß kalter Luft auf den Blutdruck bei Kindern 220, 653 — Eiweißstoffwechsel bei Ernährung mit Eiweißmilch 626, 660 — Messung des Blutdruckes 723 — Eiweißumsatz bei Fütterung mit Eiweißmilch 838 — Das Wachstum beeinflussende Krankheitszustände 1006.
Karl von Hoor. Konjunctivitis diphtheritica und crouposa 747.
G. A. Hope. Erythema nodosum 874.
E. W. Hope. Sterilisationsmethode 964.
F. G. Hopkins. Ernährungsversuche 6.
Frederick Gowland Hopkins und **Allen Neville.** Einfluß der Ernährung auf das Wachstum 961.
Hartwig Hoppe. Melubrin bei Gelenkrheumatismus 301. — Kongenital dystope Niere 733.
Hartwig Hoppe und **Fischer.** Bromkalziumharnstoff 320.
René Horand. Makrodaktylie 279.
E. Hoerder und **L. Langstein.** Kranke Kinder an der Brust 7.
Horiuchi. Anorganische Bestandteile der Menschenmilch 660.
Horn. Zahnkliniken in den Schulen 1008.
F. L. Horne und **Ralph E. Allen.** Tollwut 970.
Otto Hornemann und **Anna Müller.** Verhütung der Übertragung von Infektionskrankheiten in Kinderspitälern 764, 1024.
Otto Hornemann und **Thomas.** Infektion und Ernährung 515.
A. A. Hornor und **F. B. Mallory.** Respirationstrakt bei Keuchhusten 254 — Histologische Veränderungen bei Keuchhusten 429.
A. A. Hornor, F. B. Mallory und **F. F. Henderson.** Keuchhusten 161, 429 — Bordet-Gengou-scher Bazillus und Keuchhusten 580.
J. Hornowski. Verhältnis des Thymus zum chromaffinen System 770.
Alexander E. Horwitz. Schwache Füße bei Kindern 1000.
Richard Horwitz. Behandlung der Pleura exsudativa mit Stickstoffinsufflation 721.
W. D. Hoskins. Intubationen 1009.
R. Hottinger. Zystitis 998.
L. Houdard und **H. L. Rouvière.** Lymphbahnen des oberen Endes der Tibia 955.
B. A. Houssay, L. Giusty und **C. Maag.** Wirkung von Hypophysenextrakt auf die Milchsekretion 964.
G. Houzel. Arthritis 1013.
J. van der Hoeve. Augenanomalien bei kongenitalfamiliärer Taubheit und bei Labyrintherkrankung 1009.
André Hovelaeque. Lymphgefäße und Lymphdrüsen der menschlichen Lunge 237.
O. von Hovorka. Schicksal schwachsinniger Anstaltskinder 829.
A. H. H. Howard. Dermatitis gangraenosa infantum 1007.
C. W. Howard und **Paul F. Clark.** Poliomyelitis-übertragung durch Insekten 193, 253, 382.

C. M. Hinds Howell. Erfolge der operativen Behandlung 1013 — Operierter Fall von Halsrippe 1018.
Howland. Wissenschaftliche Grundlage der künstlichen Säuglingsernährung 618.
Howland und **Hobler.** Blutdruck bei Pneumonie 308.
Howland und **Dana.** Formel zur Bestimmung der Körperoberfläche 626.
H. M. Hoyberg. Bestimmung des Zusatzes von Wasser in der Buttermilch 6.
Winfield Scott Hubbard. Erytheme des Scharlachfiebers und der Röteln 637.
Winfield Scott Hubbard und **David Murray Cowie.** Klinische Methode zur Bestimmung des Gesamtfettgehaltes der Säuglingsstühle 965.
Francis Huber. Akute gelbe Leberatrophie 266 — Akute lymphatische Anämie 991 — Blutveränderungen bei Icterus haemolyticus 997.
A. Hübner. Ätiologie des Riesenwuchses 1006.
Hueck. Pathologische Bedeutung von Helminthen in der Appendix 911.
Hudson-Makuen. Frühe Behandlung des tauben Kindes im Hause 748.
A. Hufschmidt und **Artur Lippmann.** Doehlesche Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach 639.
Alfons Hug. Blinddarmentzündung 728.
Hügel. Taschenbuch pharmazeutischer Spezialitäten 558.
H. von Hug-Hellmuth. Seelenleben des Kindes 959.
Edmund O. Hughes. Ödem eines Beines 268 — Chronisches Ödem 432.
Gerald S. Hughes. Darminvagination 437.
Gerald S. Hughes und **d'Arcy Power.** Akute unreponierbare Darminvagination 264.
Huguenin. Leberzirrhose 997.
Horace C. Huish und **H. Droop Richmond.** Milch 10.
V. Huldschinsky. Flüchtige Fettsäuren im Mageninhalte 6, 205.
K. Huldschinsky und **K. Bamberg.** Angeborene Knochenbrüchigkeit 735, 859.
Huemer. Heilpädagogik und Fürsorgeerziehung 547.
Humphreys. Diphtherie 637.
G. Hunaeus. Kreosotal 198.
Q. W. Hunter. Coeliotomie 1013.
Q. W. Hunter und **Frank K. Green.** Zirkumzision 267.
Walter K. Hunter. Hodgkinsche Krankheit 262.
Ferdinand Hueppe. Trockenmilch 6.
Karl Huppenbauer. Augenverletzungen bei Kindern 273, 747.
W. H. Hurtley und **A. F. Garrod.** Kongenitale familiäre Steatorrhöe 745.
Joseph Husler. Sklerodermie 122.
Joseph Husler und **Walter Alwens.** Röntgenuntersuchungen des kindlichen Magens 609.
Hustin-Houyoux. Verdauungsstörungen durch kongenitale Anomalie des Darmes 242.
Hüet. Einfluß des Malztropons auf die Milchsekretion 700.
J. Hutchinson. Milzexstirpation wegen Anaemia splenica 723.
R. Hutchinson. Dyspepsie 474 — Dyspepsie des späteren Kindesalters 618 — Multiples Hautkankroid 745.
V. Hutinel. Pneumotyphus 580, 637 — Maligner Symptomenkomplex 637 — Meningeale Erscheinungen bei Poliomyelitis 638 — Bronchiektasie beim Kind 721 — Hirntuberkel 982 — Ödeme bei Säuglingen 988 — Symmetrische Asphyxie der Extremitäten 988 — Pleuritis mit opaleszierendem Erguß 989 — Pneumonie 989 — Kolikanfälle 996.
V. Hutinel und **P. Nobécourt.** Akute Kolitis 242, 435, 728.
V. Hutinel und **P. Harvier.** Osteomuskuläre Dystrophie mit Zwergwuchs 86.
Hutshing. Milchversorgung von San Franzisko 623.
A. Hymanson. Streptokokkenempyem mit Erysipel 253 — Stoffwechseluntersuchungen bei amaurotischer, familiärer Idiotie 1002.

F. H. Jacob. Fibroangiom 441.
Paul Jacob. Tuberkulosebekämpfung 653.
Abraham Jacobi. Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit 282.

Gr. Jacobson. Entzündliche Reaktion gelegentlich einer neuen Impfung in einer ein Jahr alten Impfnarbe 1021.
Jacoby. Montessorische Unterrichtsmethode 597.
Jean Jacquard. Prolongierte Pneumonie 721.
Lucien Jacquet. Familiäre hereditäre Seborrhöe 1007.
Jacquot und **P. Haushalter.** Subkutane Meningitis durch Pfeiffersche Bazillen nach spinaler Kinderlähmung 974.
John B. Jackson. Konvulsionen und Diätfehler 270.
Günther Jahn. Tuberkulöse Perikarditis 653.
E. Jahnke und **J. Pick.** Säuglingssterblichkeit 1022.
G. Jahnson-Blohm. Einfluß des Ammoniumsulfats bei der polarimetrischen Bestimmung des Milchzuckers 660 — Einwirkung einiger kolloidaler Substanzen auf die Hemmung der Enzymwirkungen 660.
W. R. Jamieson. Säuglingsekzem 1007.
F. Jamin. Juvenile Asthenie 610.
Nelson W. Janney. Ammoniakausscheidung im menschlichen Harn 626.
Murk Jansen. Pathogenese der Chondrodystrophie 743 — Physiologische Skoliose 754 — Wesen und Werden der Achondroplasie 1006.
Hans Januschke. Kinderärzte und Schularztfrage 285 — Schularztfrage 324 — Epilepsiebehandlung 519 — Interne Kalziumbehandlung des Schnupfens 613 — Physikalisch-chemische Bromwirkungen im Organismus 613, 697.
Jarricot. Hordeninsulfat in der Kinderpraxis 957.
Wilhelm Jaroschy. Klinisches Bild der Chondrodystrophia foetalis 743.
Rud. Th. Jaschke. Säuglingsfürsorge an Gebäranstalten 282.
W. Jasinski. Kinderspital in Lublin 175.
Jaspers. Myopie 402.
H. Jastrowitz. Typhus und Masern 847, 974.
Jaubert. Sonnen- und Seekur bei tuberkulöser Peritonitis 982.
Wagner von Jauregg. Myxödem und Kretinismus 182 — Chirurgische Behandlung des Hypothyreoidismus 993.
K. Jazuta. Abhängigkeit der Nierenlage von dem Dickdarmgekröse bei dem menschlichen Fötus 967.
Ibrahim. Pylorusstenose 115 — Poliomyelitisepidemie in München 134 — Chronischer Hydrozephalus internus 930.
G. Idzumi. Primäres Leberkarzinom 731.
Lucien Jeanneret. Intrakutanreaktion mit Tuberkulin 653.
E. Jeanselme. Salvarsanbehandlung bei syphilitischen Frauen während der Schwangerschaft 649 — Syphilis und Säugling 649.
E. Jeanselme, A. Vernes und **M. Bloch.** Behandlung syphilitischer Schwangerer mit Salvarsan 649.
Jan Jefferiss. Entwicklungshemmung des Dickdarmes 728.
L. Jehle. Korrektionsversuche der Wirbelsäule bei orthotischer Albuminurie 490, 733 — Marschhämoglobinurie 490 — Albuminurie 516.
H. Jellinek. Lingua geographica 874.
Rocco Jemma. Leishmaniose 261, 974 — In der Kinderklinik zu Palermo beobachtete Fälle von kindlicher Leishmaniosis **659** — Leishmanianämie 724 — Leishmaniose beim Hund 724 — Barlowsche Krankheit 742.
Le Jemtel-Broca. Angeborene Einwärtsbiegung der beiden Unterschenkelknochen mit Konkavität nach vorne 757.
Jenkins. Unerklärte Fieber 610.
Walter B. Jennings. Hämorrhagien beim Neugeborenen 968.
Hans Jensen. Cor biloculare 988.
Orla Jensen. Kellnersche Stärkewerte 6.
Orla Jensen und **Ch. Bartel.** Milchbeurteilung 621.
Jess. Angeborene hochgradige innere Okulomotoriusschwäche 779.
H. Jesser, K. Hepp und **O. Mezger.** Milch von maul- und klauenseuchekranken Kühen 964.
S. Jessner. Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten 187.

Paul de Jeune. Nasenstein 1009.
Earl B. Jewell und **Lewis J. Pollock.** Verfahren der Muskelgruppenisolierung zur Behandlung spastischer und athetoider Zustände 738.
W. Jilke, H. Schellbach und **H. Willecke.** Wasserstoffhaltige Milchkonservierungsmittel 13.
Paul Mac Ilhenny. Hyperämiebehandlung der Poliomyelitis 194, 253, 781.
N. Imai, K. Shiga und **Ch. Eguchi.** Bordet-Gengouscher Nährboden für Keuchhustenbazillen 614, 880.
Henri Imbert, L. Durand und **H. Germain.** Milch 6.
I. Inaba und **Hans Januschke.** Physikalisch-chemische Wirkungsbedingungen des Broms im Organismus 613.
Rafnwald Ingebrigtsen. Wachstum außerhalb des Organismus 238.
Philip van Ingen. Fürsorge in New York 1002.
Alexandra Ingier. Barlowsche Krankheit 918, 1005.
James Mc Intosh und **Hubert Turnbull.** Übertragung des Poliomyelitis virus auf Affen 253.
Joachimsthal. Abbotts Methode 444.
James W. Jobling und **Salomon Strouse.** Immunisierung mit proteolytischen Spaltprodukten der Pneumokokken 363.
Jochmann. Immunotherapie bei Scharlach 295 — Pocken und Vakzinationslehre 557 — Prophylaxe der Diphtherie 638 — Salvarsan bei Scharlach 638.
P. Jödicke. Oxyuren 315 — Zebromal 320 — Differentialdiagnostische Abgrenzung einiger Krampfformen durch das Blutbild 594 — Innersekretorische Stoffwechselstörungen bei Athyreosis, mongoloider Idiotie und Akromegalie 726 — Simulation von epileptischen Anfällen 804.
Julius Joel. Staatliche Fürsorge in Lübeck 1023.
Fritz Joachim Joelsohn. Blutungen bei Neugeborenen 629.
John und **Heim.** Verwendbarkeit kaseinangereicherter Kuhmilch 6.
John. Pyramidonbehandlung des Typhus 302.
K. John und **P. Heim.** Kaseinfettangereicherte Kuhmilch als Dauer- und Heilnahrung 314, 660.
John. Injektion von Serum Gesunder 321.
Johnsohn. Diarrhöe bei künstlicher Ernährung 242 — Säuglingsernährung 242 — Hohe Fettsätze in der Säuglingsernährung 618.
Franklin Paradise Johnson. Entwicklung der Schleimhaut des Dickdarms und des Processus vermiformis beim menschlichen Embryo 628.
Walter Johnson. Keuchhustenvakzine 257.
William T. Johnson jr. und **S. Henry Ayres.** Bakterien, welche die Pasteurisation überleben 657.
W. Johnson und **Arthur F. Hertz.** Polioenzephalomyelitis mit Neuritis optica 737.
Johnson, Saunders, Witte und **Zahorsky.** Vakzinebehandlung des Keuchhustens 300.
Johnston. Diagnose der Tuberkulose 653.
E. R. Johnstone. Abnorme Kinder und öffentliche Schulen 285.
E. Joltrain und **G. Caussade.** Diphtheriebazillenträger 251.
Ed. Joltrain und **Edmond Fournier.** Kongenitaler hämolytischer Ikterus heredosyphilitischen Ursprungs 266, 648.
E. Joltrain und **P. Roufflac.** Meningeales Syndrom vom Typus der Poliomyelitis 1003.
Ettore Jona. Meningitis serosa 270.
Temistocle Jona. Milch 660 — Peroxydasereaktion in der Kuhmilch 660, 964.
Jones. Bedeutung des Kinderstuhles 965.
D. W. Carmalt Jones. Epilepsie 916.
Frederic Wood Jones. Anatomie der Halsrippen 757.
J. Arnold Jones. Hysterische Taubheit 1009.
W. Jones. Untersuchungen über die Reizschwelle für Farbensättigung 816.
R. de Josselin de Jong. Bedeutung der Konstitution 631.
Jonkers. Situs tranversus viscerum 601.
John H. Jopson. Trugschlüsse in der Behandlung der Drüsentuberkulose 653 — Behandlung der tuberkulösen Adenitis 902.

Jordan. Schulkrankheiten 766 — Milchversorgung 840.
Edwin O. Jordan. Pasteurisierungsfrage 623.
H. E. Jordan. Ursache und Verhütung der adenoiden Erkrankungen 725, 907.
Joaquin Aguilar Jordan. Pathogenetische Beziehungen zwischen den meningitischen Erscheinungen der kindlichen Poliomyelitis und der Heine-Medinschen Krankheit 974.
Walter B. Jordan. Rheumatoide Arthritis 253, 383.
William H. Jordan. Kongenitale Striktur der Pars prostatica der Urethra mit Blasenhyperplasie 993.
E. Jordy. Schulhygienische Literatur der Schweiz 766.
Gustav Jörgensen. Untersuchungen über Kochsalzfieber **386,** 841, 965 — Infantile Hysterie 738.
Arnold Josefson. Übertragung der Kinderlähmung 383 — Übertragung der Poliomyelitis durch tote Gegenstände 638.
M. Joseph. Wassermannsche Histopintherapie in der Dermatologie 874.
André Jousset. Arthussches Gangränphänomen 611.
H. Isaachsen, A. Lalim, J. K. Wold und **J. Grande.** Untersuchungen über den Fettgehalt der Kuhmilch 660.
M. Isabolinsky und **W. Legeiko.** Komplementbindungsreaktion bei Scharlach 975.
Hans Iselin. Konservative Behandlung der Drüsentuberkulose 90 — Entgiftung des tuberkulösen Herdes durch Röntgenbehandlung 222 — Stauchungsbrüche der kindlichen und jugendlichen Knochen 751.
Toshizo Ishiguro. Temperaturmessung beim Kind 610.
M. Issailovitch-Duselau. Hemiplegie nach Scharlach 638.
M. Isserlin. Intelligenzprüfungen und Intelligenzdefekte 132.
Ito. Retinitis syphilitica hereditaria 402, 649.
Ito und **Friedberger.** Beeinflussung der Körpertemperatur durch Salze 70.
A. A. Jubb und **P. L. Sutherland.** Chronische Pneumokokkeninfektion der Lungen 990.
Ad. Juda. Uterusblutungen Neugeborener 968.
Judd. Deutung des Säuglingsstuhles 618.
Judet. Kongenitaler doppelseitiger Klumpfuß 757.
J. Judt. Urachuszyste 177.
Nikolaus v. Jugic. Handbuch der allgemeinen Pathologie, Diagnostik und Therapie der Herz- und Gefäßerkrankungen 706.
Arvid J. Juhle. Hypertrophia mammae 618.
Maurice Juif. Pulsverlangsamung 238.
J. Jundell. Opsonine der Frauenmilch und Kuhmilch 6.
Jungmann und **Reiss.** Rekonvaleszentenserum bei Scharlach 295.

V. Kafka. Entstehung, Zirkulation und Funktion der Zerebrospinalflüssigkeit 773.
Kahn. Fehlen des wurstförmigen oder rektal-palpablen Tumors bei Darminvagination 1013.
E. Kahn. Tuberkelbazillen im strömenden Blut 373.
L. Miller Kahn. Angeborene Striktur des Ureters mit folgender Pyonephrose 733 — Kongenitale bilaterale Fisteln der Unterlippe 1018.
Sara Welt Kakels. Poliomyelitis mit multiplen Kalkablagerungen 1000.
Jocha Kalbanowsky-Korotkina. Kongenitale Defekte am Schädel 279.
Kall. Ekzematöse Hautkrankheiten 402.
Gisa Kaminer und **Ernst Mayerhofer.** Anorganischer Phosphor im Harn 626.
K. Kaneko. Kongenitale Skoliose der Wirbelsäule 754.
Friedrich Kanngießer. Blutsverwandtschaft der Eheleute 619, 878.
Richard Kapferer. Nahrungsentziehung bei Infektionskrankheiten 77.
G. Kapeller. Lichtbrechung der Tetraseren 660.
E. Karman. Kinder als Zeugen 818.
A. O. Karnitzki. Einführung in das Studium der Pädiatrie 237, 409.
Wilhelm Karo. Nierensteinerkrankung 592.
M. Kasahara. Spezifizität der kutanen Tuberkulinreaktion 874.

M. Kashiwabara. Autolyse der Thymus 726.
Max Kassowitz. Sensibilisierung gegen Kuhmilchkasein auf enteralem Wege 6, 79 — Pathogenese und Ätiologie der Rachitis 208, 743 — Rachitis 272, 857, 970 — Gemüsekost im Säuglingsalter 314 — Krampf der Bronchialmuskeln und Spasmophilie 631 — Chronisches Asthma der Rachitiker 989.
Max Kassowitz, Busacchi und **Schick.** Experimentelle Serumtherapie 526.
Max Kassowitz und **v. Groer.** Diphtherieschutzkörper bei Mutter und Neugeborenen 526, 527.
Max Kassowitz und **L. Langstein.** Gemüsekost 147.
Carl Kassel. Konservative Behandlung der Mandeln 992.
Martha Kassel. Hypertrophische Leberzirrhose im Kindesalter 731.
Joseph H. Kastle und **Daniel J. Healy.** Interne Sekretion der Brustdrüse 5 — Milchfieber und Eklampsie 5 — Einfluß der Kalksalze auf die Venentätigkeit 6 — Toxischer Charakter des Kolostrums 5, 6, 270.
O. Kastner und **E. Benjamin.** Albuminurie beim ernährungsgestörten Säugling 129.
S. Kästner. Entstehung der Doppelmißbildungen des Menschen und der höheren Wirbeltiere 757.
Ida Bosman de Kat und **Margot A. J. Sannes-Sannes.** Schicksal von Kindern mit einem Geburtsgewicht von weniger als 3000 g 969.
Yasukichi Kato. Angeborener Relief- und Leistenschädel bei Spina bifida und Enzephalozele 757.
Franz Kauffmann. Kasuistik der kongenitalen Skoliose 754.
Alfred Kaul. Abnorm schwere Säuglinge und ihre Gestationszeit 629.
L. Kaumheimer. Myatonia congenita 593, 735.
Walther Kaupe. Schwierigkeiten beim Stillen 961 — Säuglingsschnupfen 1009.
Karl Kautzsch und **Emil Abderhalden.** Veresterung von Monoaminosäuren 1.
Kayser. Behandlung des Asthma bronchiale mit Kalziumsalzen 309.
R. Kaz. Augenärztliche Überwachung in russischen Schulen 766.
C. V. Kebbell. Bedeutung einiger gewöhnlicher Symptome im Kindesalter 611.
Max Kechnie. Kongenitale hypertrophische Pylorusstenose 728.
John W. Keefe. Pylorusstenose im Säuglingsalter 728.
Keene. Tuberkulose bei Kindern 253.
E. Kehrer. Tetanie 574, 629 — Geburtshilflich-gynäkologische Bedeutung der Tetanie 738.
A. Keilmann. Geburtshilfe und Säuglingsfürsorge 1023.
Keiner. Querer Luftröhrenschnitt und Tracheotomieren auf liegender Intubationskanüle 298.
Arthur Keith. Progerie und Infantilismus 908.
Kelin. Keuchhusten 638.
Kelley. Hämorrhagische Krankheiten der Neugeborenen 629.
Arthur Keller und **Chr. J. Klumker.** Säuglingsfürsorge und Kinderschutz in den europäischen Staaten 234.
Max Keller. Religiöse Kindererziehung nach badischem Recht 464.
Kellner. Athyreosis congenita sporadica 263 — Mongolische Idiotie 596 — Beziehungen der Erbsyphilis zur Idiotie und Epilepsie 986.
H. G. W. Kellner. Verlauf einer Diphtherieepidemie unter den Schwachsinnigen der Alsterdorfer Anstalten 975.
Thomas H. Kellock. Pneumonotomie wegen Fremdkörpern 751, 905.
T. N. Kelynack. Tuberkulose 653.
Kemmetmüller. Idiopathischer intermittierender Gelenkshydrops 323.
F. Kemsies. Hygiene und Gymnastik im Film 282 — Hygienische Überwachung der Hausarbeiten 762 — Schulstrafen und Schuleinrichtungen 766.
Charles M. Kennedy. Akute Epiphysis 491, 751.
Foster Kennedy. Epidemische Poliomyelitis 638.
Alex. Mills Kennedy und **A. W. Russell.** Teratom der Schilddrüse 727.
Kennerknecht. Pyrogallolsalbe bei Spina ventosa 305.

A. F. Stanley Kent. Einfluß der Salze auf die Labwirkung 6.
Kenyon. Späte Sprachentwicklung 614.
J. L. Kerby-Smith. Dermatitis bullosa nach Vakzination 764.
W. Kerl und **L. Arzt.** Variola- und Flecktyphusstudien an den bosnischen Rückwanderern aus dem Balkan 852.
C. G. Kerley. Diätetische und Allgemeinbehandlung des Abdominaltyphus 302 — Prophylaxe der Sommerdiarrhöe 618.
C. G. Kerley und **P. S. Beebe.** Verzögerte Körperentwicklung 263, 321 — Entwicklungshemmung während Behandlung mit Thymus 796.
Hans Kern. Harnsäureausscheidung bei exsudativen Kindern 631, 843.
S. Kerness. Sterblichkeit in den ersten 8 Tagen 282 — Sterblichkeit der Kinder 629.
Le Grand Kerr. Leibschmerzen 239 — Chirurgische Mißerfolge 276 — Pflege der Kinder in der Rekonvaleszenz 613 — Chirurgie vom pädiatrischen Standpunkt 751 — Gesunde Schwächlinge 956 — Rationelle Erkrankung hämorrhagischer Erkrankungen 991.
Béla Kertész. Scharlachepidemie 975.
Michel de Kervily. Verschiedenheiten der Struktur der Basalmembran der Bronchien beim menschlichen Fötus 967.
Michel de Kervily und **A. Branea.** Hodenektopie 1013.
Kesselsdorfer. Ärztliche Jugendgerichtshilfe 547.
E. Keuper. Melubrin 470.
A. v. Khautz. Osteomyelitis der Klavikula 698, 751 — Cholelithiasis und Cholezystitis 731.
Robert Kilduffe, Veeder, Berden und **A. T. Denny.** Akute Darmerkrankungen 621.
Kinch. Unterricht in der ersten Hilfe in der Schule 766.
Erich Kindborg. Theorie und Praxis der innern Medizin 462.
Kinney. Ärztliche Schulaufsicht auf dem Lande 766.
Marie Kjölseth. Reifezeichen des neugeborenen Kindes 968.
Kirk. Sommerdiarrhöe 961.
H. Kirkpatrick und **E. W. G. Bradfield.** Hypertrophie der Blase 998.
E. Kirmisson. Verletzungen der Knochen 276 — Persistenz eines Meckelschen Divertikels 729 — Voluminöse multilokuläre Zyste 733 — Epiphysenlösung des oberen Humerusendes 751 — Nierentumoren 751 — Osteomyelitis im frühen Kindesalter 751 — Coxa vara in Beziehung zu Brüchen und Epiphysenlösungen des oberen Femurendes 754 — Kongenitaler Hochstand der linken Schulter 757 — Doppelseitiges Fehlen der Kniescheiben 758 — Diaphragmatische Hernie 1013.
M. Kirmsse. Bericht des Vereins für Erziehung Geistesschwacher 741.
Oskar Kirsch. Abblassungserscheinungen des Scharlachexanthems 892.
Friedrich Kirstein. Leitfaden für den Hebammenunterricht 187.
A. A. Kisselj. Kinderkrankenhäuser 171.
Klar. Partieller Fibuladefekt 114 — Subluxation des Oberarmes 335.
Wilhelm Klauhammer. Ovarialtumoren 276, 733.
E. Klaveness. Untersuchung der Milch 623, 964.
Klein. Max-Melkmaschine 7 — Milchprodukte in Portugal 7.
A. Klein. Kaseinantiserum 7.
S. R. Klein. Akuter Gelenkrheumatismus 975.
Fritz Kleinert. Einfluß einseitiger Mast auf die Zusammensetzung des Körpers und auf den respiratorischen Stoffwechsel bei späterem Hungern 965.
Hans Kleinschmidt. Biologische Differenzierung der Milcheiweißkörper 7 — Zuckerfieber 331 — Ernährung und Antikörperbildung **423,** 882, 961 — Wirksamkeit des Diphtherieserums 426 — Milchanaphylaxie 660, 881 — Hautdiphtherie mit ungewöhnlich starker Antitoxinbildung 895 — Diphtherieantitoxingehalt des menschlichen Blutserums 949.
Georg Klemperer und **Emil Fischer** Lipoide Arsenverbindungen 198.

Felix Klemperer und **Hans Wolta.** Salvarsan bei Scharlach 213, 253, 295.
D. Klepetar. Übertragung von Vakzinepusteln 764.
Kj. O. af Klercker, Salaamkrämpfe 738.
O. Klieneberger. Juvenile Paralyse 781, 827.
W. N. Klimenko. Bakteriologische Blutuntersuchungen bei Scharlach 253 — Keuchhustenserum 381 — Experimenteller Scharlach 578, 638, 874.
M. Klimmer und **Sommerfeld.** Bestimmung des Keimgehaltes der Milch durch Plattenverfahren 660.
Carl Kling. Ätiologie der Kinderlähmung 483, 638.
Carl Kling und **Levaditi.** Poliomyelitis 253, 900.
Carl Kling, Wilhelm Wernstedt und **Alfred Petterson.** Heine-Medinsche Krankheit 638.
R. Klinger. Influenza-Meningitis 638 — Epidemiologisches über Diphtherie 638, 948.
R. Klinger, L. Hirschfeld und **Th. Dieterle.** Endemischer Kropf 795, 909, 993.
V. Klingmüller. Behandlung der Dermatomykosen 874 — Kinderekzeme 1007.
Ludwig Kloeman und **Ernst Freudenberg.** Spasmophilie 631, 843.
Erich Klose. Orthopädische Behandlung der Poliomyelitis 224 — Kenntnis der Osteopsathyrosis idiopathica **347**, 1006 — Körperzusammensetzung bei Ernährungsstörungen 537.
Franz Klose. Emphysem im Verlauf von Meningitis tuberculosa 653.
Max Klotz. Ätiologie der Rachitis 321 — Behandlung der Enuresis nocturna 388 — Kleine Mitteilungen **533** — Skabies bei Kindern **533** — Psoriasis und Tuberkulose **534** — Zahnanomalien bei Tetanie **535** — Sammelreferat über die neurologisch-psychiatrische Literatur 769.
Chr. J. Klumker. Sammelvormundschaft und Konfession 762.
Chr. J. Klumker und **Arthur Keller.** Säuglingsfürsorge und Kinderschutz in den europäischen Staaten 234.
Walter Knape. Herzmißbildung bei Situs inversus abdominalis 396.
Max Knebel. Bakteriologische Diagnose und Statistik der Diphtherie 638.
Boyce W. Knight. Problem der künstlichen Ernährung 961.
H. E. Knopf. Asthma bei Kindern und dessen Behandlung 721.
Leo E. Knopf. Unblutige Behandlung der kongenitalen Hüftgelenkverrenkung 754.
S. Adolphus Knopf. Tuberkulose 653.
W. Knoepfelmacher. Initiale infantile Tabes 270, 325.
W. Knöpfelmacher und **R. Hahn.** Heimkehrfälle bei Scharlach **673.**
W. Knöpfelmacher und **H. Mautner.** Verlangsamte Resorption der Zerebrospinalflüssigkeit bei Hydrozephalien **505,** 544, 956.
Franz Crozer Knowles. Familiäre Psoriasis 745.
J. H. Mason Knox. Einfluß mäßig hoher Temperaturen auf den Säugling 238, 475, 618 — Diabetes in frühester Kindheit 1005.
J. H. Mason Knox und **T. P. Sprunt.** Kongenitale Stenose der Urethra posterior 733.
J. H. Knox und **Henrietta M. Thomas.** Fürsorge für Pflegekinder in Baltimore 614.
Wilhelm Köbele. Hämolytische Wirkung der Kolostralmilch 7.
Ernst Kober. Beziehungen von Gewicht und Länge der Neugeborenen zur Dauer der Schwangerschaft 968.
Franz Koebner. Säuglingsfürsorge und Mädchenerziehung 1023.
Kobrack. Adalin 320.
Georg Koch. Bericht der Versammlung der südwestdeutschen niederrheinisch-westfälischen Vereinigung für Kinderheilkunde zu Wiesbaden 345 — Myatonia congenita 353.
Herbert Koch. Meningitis tuberculosa 220, 481, 653 — Vorexanthem bei Masern 874.
Jos. Koch. Ätiologie der Rachitis 1006.
R. Koch. Diphtheriebazillen im Harn 253, 379 — Scherrbach-Rekonvaleszentenserum 874.
Aage Koch und **H. P. T. Oerum.** Intussuszeption 393.

Richard Koch und **Hans Gerhard Creutzfeldt.** Veränderungen der Hypophysis cerebri bei Diphtherie 972.
H. Kodama und **N. Krasnogorski.** Bakteriologische Befunde bei Erkrankungen der extrarenalen Harnwege 734, 893.
S. Kofman. Erfahrungen mit der Stoffelschen Operation 833.
Kohler. Sammeln der Milch 246.
A. Köhler. Zwergwuchs und Riesenwuchs 272.
Ludwig Köhler. Histologische Untersuchungen am kongenitalluetischen Zahnkeim 649.
Hellmut Köhlisch, Otto Lubarsch und **Harry Smidt.** Pathologie der Poliomyelitis 253.
F. G. Kohn. Beeinflussung der Zusammensetzung der Ziegenmilch durch Stallhaltung 660.
N. Kokuschkin. Topographie des Nabels 609.
Karl Kolb. Nachweis eines persistierenden oder hyperplastischen Thymus 993.
Wilhelmina Kolff. Hygienische Verhältnisse auf den Rheinschiffen 282.
J. Koellchen und **J. Skodowski.** Enzephalitis mit subkutaner Entwicklung 178, 975.
H. Koller. Stillen und Stillunfähigkeit 70.
Kollert. Skaphoides Schulterblatt 498, 758.
Th. Kölliker. Behandlung des Schiefhalses 754.
John Albert Kolmer. Komplementfixation beim Diphtheriebazillus 92 — Diphtheriebazillus des Penis 253 — Untersuchungen über Diphtheriebazillen 565 — Bakteriologie der Diphtherie 565, 638 — Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach 638 — Streptokokkenantikörper bei Scharlach 638.
M. Konopacki. Angeborener partieller Speiseröhrendefekt 729.
Konrich. Ermüdungsmessung und Wirksamkeit des Weichardtschen Kenotoxins 815.
Artur v. Konschegg und **Richard Lederer.** Klinik und Pathologie der Lungentuberkulose 140, 982.
Aage Kook und **H. P. Oerum.** Darminvagination 101.
W. D. Kooper. Alkalität und Peroxydase der Milch 7.
W. D. Kooper und **A. Hesse.** Fermentnatur der Peroxydase 6.
T. Kopec. Vergiftung durch Anilin 175.
Henry Koplik. Infektion nach Tonsillotomie 262 — Klassifikation der Sommerdiarrhöe 618 — Meningitis epidemischer Art 638, 849 — Pylorospasmus und kongenitale Pylorusstenose 729.
Henry Koplik und **Burrill B. Crohn.** Fett- und Stickstoffwechsel bei kongenitalem Fehlen der Gallengänge 247 — Stoffwechsel bei Abwesenheit der Gallengänge 368.
J. Kopp. Porenzephalo-Hydrozephalia interna traumatica unilateralis permagna 831.
Hans Koeppe. Stillsche Krankheit 155 — Wirkung des Tuberkulins 654.
Körber. Eucalyptusbehandlung des Scharlachs 295.
Adolf Korbsch. Symmetrische kongenitale Knorpellänge am Hals 758.
Stefan Körfer. Ungarns Milchwirtschaft im Jahre 1911 660.
B. Korybut-Daszkiewicz. Periodisches Erbrechen 174 — Strepto- und Pneumokokkeninfektion 177.
Geo W. Kosmak. Impressionsfrakturen des Schädels 629 — Frühzeitige Behandlung der Depressionsfrakturen des Schädels 1013.
H. Kosokabe. Albuminurie bei den akuten Tonsillenentzündungen 998.
Karl K. Koessler. Scharlach 253.
Arthur Kost. Kalkverteilung im Organismus 626.
Ludmilla Koudriavzeff. Kongenitaler Nerventumor 276.
Kowalewski. Mongolismus 796.
G. O. Kowarsky. Idiotia amaurotica progressiva 270.
Krabbel. Behandlung des Gelenkrheumatismus 301.
K. Krabke. Reflexe beim Fötus 770.
H. Kraft. Entwicklung der Drehreflexe am Neugeborenen 968.
Krage und **Zwick.** Ausscheidung von Abortusbazillen 663.
Gustav Kraglinger. Hereditäre, kongenitale doppelseitige Synostose beider Vorderarmknochen an der proximalen Epiphyse 758.

Franz Kramer. Intelligenzprüfungen an abnormen Kindern 1000.
P. H. Kramer. Scharlach 975.
S. P. Kramer. Gefahr bei Anwendung des Antimeningitisserums 850, 957.
Friedrich Kramm und **Emil Abderhalden.** Abbau der Milcheiweißkörper durch Magensaft 1.
P. Kranz. Schilddrüse und Zähne 796.
N. Krasnogorski. Herkunft des Harneiweißes 86 — Exsudative Diathese und Vagotomie **129,** 874, 970 — Grundmechanismen der Arbeit der Großhirnrinde 451 — Spezifischer Geruch bei Infektionskrankheiten 638, 847 — Bau der kongenitalen Strumen 993.
N. Krasnogorski und **H. Kodama.** Bakteriologische Befunde bei Erkrankungen der extrarenalen Harnwege 734, 893.
Krassmöller und **Kurt Tucholsky.** Reifeprüfung und Nervosität 1025.
Alfred Kraus. Wesen des sogenannten Unnaschen Flaschenbazillus 874 — Acne neonatorum 874, 1007.
F. Kraus. Korrelative Vegetationsstörungen und Tuberkulose 982.
R. Kraus und **St. Baecher.** Antitoxingehalt des Diphtherieserums 566.
F. Krause. Breite Freilegung der Hirnventrikel 830.
Paul Krause. Poliomyelitis 254 — Akute epidemische Kinderlähmung 781.
Krauss. Anatomie der glatten Muskeln der Augenhöhle 402 — Pseudogliom 747.
Leiba Krawetz. Angeborener Schiefhals 276, 754.
L. Krehl. Wesen und Behandlung des Fiebers 610.
Alois Kreidl und **Emil Lenk.** Viskositätsbestimmungen der Milch 7.
Ph. Kreiss. Hereditärer Tremor 792.
Kress. Bedeutung vergrößerter Tonsillen und Adenoide 725.
Hugo Kretschmann. Intrauteriner Übergang von Antikörpern auf die Frucht 628.
Erich Kretschmer. Bestimmung des Milchzuckers in Milch 623, 660.
Martin Kretschmer. Ätiologie des Scharlachs **11,** 975 — Intravitale bakteriologische Blutuntersuchungen **69** — Eukalyptusbehandlung des Scharlachs 295 — Döhlesche Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach 377 — Intravitale, bakteriologische Blutuntersuchungen 384, 958 — Pathogenese des Scharlachs 638, 874, 893.
Sigmund Kreuzfuchs und **Karl Glässner.** Pylorospasmus 728.
Anton Krokiewicz. Situs viscerum inversus completus 758.
A. Kroll-Lifschütz. Eosinophilie und exsudative Diathese **603.**
Krone. Kalkstoffwechsel bei Obstipation und Durchfall 626.
Elisabeth Krösnig. Vaginalblutung 734.
H. Krueger. Kopfmasse bei angeborenen und erworbenen Geistesstörungen 829.
Max Krüger-Franke. Akute Tetanie 629.
Sigmund Krumbholz. Lokalisierte Enzephalitis der linken motorischen Rindenregion mit kontinuierlicher Epilepsie 1003.
Charles Krummwiede jun. Typhus exanthematicus 642.
Ch. Krummwiede jun. und **Wm. H. Park.** Typus humanus und bovinus der Tuberkulose 420.
Krusius. Gesichtstypus und Refraktionsanomalie 402.
Hugo Kühl. Milchernährung des Säuglings 7 — Milchversorgung der Städte 7 — Milchzucker 7, 247 — Kindernährmittel im Handel 74 — Sauermilch und Sauermolken 246 — Mykologische und bakteriologische Untersuchung der Kindermehle 618 — Milchsäurelangstäbchen 623, 661 — Trockenmilchpräparate 661, 964.
B. Kuhn. Guajakreaktion roher und abgekochter Milch 7.
Külbs. Einfluß von Bewegungen auf den Organismus 358, 641.
Wilhelm Kulka. Wachstumsphysiologie an Zöglingen einer militärischen Erziehungsanstalt 614 — Wachstumsphysiologie und Körpererziehung 614.
Harry Kull. Panethsche Zellen 238.
Bruno Künne. Kombination der angeborenen Luxation des Ra-

diusköpfchens mit Littlescher Krankheit 738 — Littlesche Krankheit 738 — Angeborene Hüftgelenkverrenkung 276, 754.
T. Kurashige, R. Mayeyama und **G. Yamada.** Tuberkelbazillen im strömenden Blut 7.
Richard Kurkas Erben. Verfahren zum Sterilisieren 7.
J. Kürsteiner und **R. Burri.** Reduzierende Eigenschaften der Kuhmilch 3.
Kurtze. Intelligenzprüfung 816.
George C. Küsel. Ernährung und Zähne 364, 749.
P. W. Kusskoff. Angeborene Rachitis 918.
E. Küster. Gewinnung und Züchtung keimfreier Säugetiere 839.
Hermann Küttner. Hyomandibularfistel 396 — Angeborener Turmschädel 1018.
Kuttner und **Laqueur.** Rotlichtbestrahlung bei pleuritischen Exsudaten 309.
D. Braden Kyle. Spina bifida 276 — Literaturübersicht über Nase und Rachen 1009.
J. Kyrle. Klinik des Pemphigus vulgaris 1007.

S. Laache. Schlaf und Schlafstörungen 608.
Labanowski. Seltene Form von Parotitis epidemica 638.
Labbé. Perniziöse Anämie und Nephritis 991.
R. Labbé, Ch. Leroux und **G. Barret.** Totaler Situs viscerum inversus 758.
Pierre Labourdette und **Comby.** Mongolengeburtsfleck bei der weißen Rasse 744.
Pierre Labourdette und **Maurice Delort.** Kinderkrämpfe 270.
Pierre Labourdette und **Tissier.** Klavikulafraktur 276.
A. Lacassagne und **R. Crémieu.** Gelenkkomplikationen bei Masern 251.
W. Nicholas Lackey. Pädiatrische Erfahrungen in kleinen Städten und auf dem Lande 609.
Maynard Ladd. Vakzinebehandlung des Keuchhustens 300 — Prozentualberechnung 243 — Radiologische Untersuchungen über Magenmotilität 729 — Röntgennachweis der Magenmotilität des Säuglings 840 — Einfluß des Wechsels der Ernährung auf die Motilität des Magens 965 — Röntgenuntersuchungen über Magenmotilität 965.
W. E. Ladd. Diagnose und Behandlung der Intussuszeption 729.
M. Lafforgue. Meningitische und pseudomeningitische Syndrome bei Scharlach 638 — Paramyoclonus 788.
G. R. Lafora. Histopathologischer Befund bei epidemischer Poliomyelitis anterior 638.
L. Lagane. Vakzinetherapie bei Keuchhusten 581 — Pertussis-Vakzinetherapie 639 — Pfeifferscher Bazillus beim Säugling 639 — Beriberi beim Säugling 1003.
L. Lagane, H. Darré und **Louis Martin.** Zwischenfälle bei der Intubation von spät zur Behandlung kommendem Croup 1010.
L. Lagane und **A. B. Marfan.** Salvarsan bei Masern 640.
G. Del Lago und **D. Zani.** Infantilismus infolge Hypophysistumor 727.
F. Lagrange. Physiologie der Leibesübungen 140.
Emile Lajoscade. Pathogenese der Hydronephrose bei kongenitalen Mißbildungen der Tiere 998.
A. Lalim und **J. Grande.** Einfluß des Melkens 661.
A. Lalim, H. Isaachsen, J. K. Wold und **J. Grande.** Untersuchungen über den Fettgehalt der Kuhmilch 660.
G. Avé Lallemant. Tödliche Spätblutungen nach dem Luftröhrenschnitt bei Diphtherie 639.
Lambrechts. Spiel im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit 762.
Alexander A. Lambrior. Friedreichsche Krankheit 1003.
Lämmerhirt. Scharlach 975.
Lampe. Funktion der Thymus 726.
L. Lamy. Spiralige Drehung des Schienbeines 751 — Behandlung des sogenannten angeborenen Schiefhalses 754.
L. Lamy und **Jacques Calvé.** Behandlung der Skoliose nach Abbotts Methode 753.
L. Lamy und **T. Veau.** Ektrodaktylie 1020.
Lanaux und **Phillips.** Häufigkeit und Ursachen der Totgeburten 969.

M. Lanze. Behandlung der rachitischen Verkrümmungen der Tibia 268 — Coxa vara 278 — Kongenitale Skoliose 278 — Dupuytrensches Zeichen bei kongenitaler Hüftgelenkluxation 754, 1013 — Kongenitale Luxation 755 — Schwere Skoliosen behandelt nach Abbottscher Methode 755 — Subluxierende Coxa valga 755 — Frakturen der Femurdiaphyse 1013 — Eingerenkte angeborene Hüftluxation 1014 — Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung 1017.

Lanelal. Tibio-tarsale, chronische fistulöse, fungöse Periarthritis 751.

M. Landau. Entwicklung der Nebennierenrinde 955.

P. Lande, L. Muratet und **J. Sabrazès.** Leichenblut des Fötus, Neugeborenen und Kindes in forensischer Beziehung 1021.

Landesmann und **Balzer.** Kongenitaler und familiärer Pemphigus mit Zysten der Epidermis 744.

Landesmann und **Lian.** Chorea mit Zeichen von Pyramidenstörungen 790.

H. R. M. Landis. Venengeräusche 719.

G. A. Landmann. Situs inversus viscerum totalis regularis 1018.

Landry. Akute Darminvagination 1014.

Landsberg. Kindersterblichkeit in der Provinz Sachsen 186.

F. Landsberger. Beteiligung des Großhirns bei der Heredoataxie cérébelleuse 792.

Richard Landsberger. Einfluß der Zähne auf die Entwicklung des Schädels 238.

K. Landsteiner, C. Levaditi und **Danulesco.** Experimenteller Scharlach 639.

Janet E. Lane-Claypon. Gekochte Milch als Nahrung 243.

Janet E. Lane-Claypon und **A. Harden.** Milchfermente 5.

Friedrich Lang. Psychosen nach akuten Infektionskrankheiten 738.

Cornelia de Lange. Verminderung der Zahl der Krüppel durch rechtzeitige Behandlung 755 — Ernährung mit Buttermilch 568 — Autochthones Sklerem 745 — Raynaudsche Krankheit 745.

Cornelia de Lange und **J. C. Schippers.** Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach 257, 375, 644, 848 — Epidemie der Heine-Medinschen Krankheit in den Niederlanden 644.

Langerhans. Hygienische Vorträge im Rahmen der schulärztlichen Tätigkeit 1025.

Henry F. Langhorst. Übertragung der Poliomyelitis durch Hunde 193 — Poliomyelitisübertragung 639.

Frederick Langmead. Beziehung der Schilddrüse zur alimentären Toxämie 734 — Addisonsche Krankheit 742, 909 — Zitratvollmilch 961.

Leo Langstein. Rachitische und spasmophile Veranlagung 209 — Infektionen im Säuglingsalter 618 — Hemiplegie im frühesten Kindesalter 687.

M. Lance. Plattfuß beim Kinde und beim Erwachsenen 1017.

Leo Langstein und **F. Edelstein.** Eisengehalt der Frauen- und Kuhmilch 7 — Eisenhaushalt im Säuglingsalter 500.

L. Langstein und **E. Hoerder.** Kranke Kinder an der Brust 7.

L. Langstein und **K. Kassowitz.** Gemüsekost 147.

L. Langstein, F. Rott und F. Edelstein. Nährwert des Kolostrums 618, 661.

W. Lanzun-Brown. Milch 7 — Laktagoga 146.

C. Paget Lapage. Fieber dunkler Ätiologie 197, 238 — Tuberkulöse Infektion 254 — Pylorusstenose 264 — Kutane Tuberkulinreaktion 372 — Tuberkulinkutanreaktion im Kindesalter 654 — Tuberkulöse Infektion und tuberkulöse Erkrankung im Kindesalter 654 — Epidemische Poliomyelitis 975.

C. Paget Lapage und **William Mair.** Pathologie der Tuberkulose 654.

C. Paget Lapage und **Tiffeneau.** Unstillbares Erbrechen 618.

L. N. Lapeyre. Chronische Appendizitis und sklerozystitisches Ovarium 1014.

Victor Lapeyre. Diphtherie bei Masern 254.

Georges Laplanche. Untersuchung des tuberkulösen Handgelenkes 654.

A. Laptew. Achondroplasie 796, 920.
B. Laquer. Einfluß der sozialen Lage auf den Alkoholismus 466.
A. Laqueur. Wasserheilverfahren bei verschiedenen Formen von Lähmungen 738.
Ernst Laqueur. Stoffwechseluntersuchungen an Kaninchen 661.
Laqueur und **Kuttner.** Rotlichtbestrahlung bei pleuritischen Exsudaten 309.
Guy Laroche. Goutte de lait und Stillen 762.
Guy Laroche und **Georges Guillain.** Pathologische Physiologie der diphtherischen Lähmungen 637.
Guy Laroche, Richet fils und **St. Girons.** Milchanaphylaxie 7.
Laruelle und **Delchef.** Progressive Muskelatrophie 777.
Laserstein. Geburtenrückgang 283.
Mathilde Lateiner-Meyerhofer. Säuglingsfürsorge in Österreich 762 — Nervöses Kind 1003.
Lathoud und **Bourret.** Polyzystische Erkrankung bei Neugeborenen 248.
H. Lauber. Zyklische Okulomotoriuslähmung 856.
Ch. Laubry. Pathogenese der Pylorusstenose 729.
Ch. Laubry und **C. Pezzi.** Kongenitale Erkrankung des rechten Herzens 719.
J. Lauper. Coxa vara 755.
Georges Laurens. Schleimpolyp der fossae nasales 1010.
Laurent. Beziehungen zwischen Gewicht der Plazenta und Gewicht des Fötus 967.
Fernand Laurent. Bevölkerungsrückgang in Frankreich und Deutschland 1023.
Laurentie und **Audebert.** Achondroplasie 742.
W. Spalding Laurie. Wirkung gegenwärtig geübter Ernährungsmethoden während der Kindheit 961.
E. Lautenschläger. Doppelbildung der Stimmbänder 758.
Lautmann. Behandlung des Schnupfens und der Adenoiditis 110.
P. Lavialle. Brownsche Bewegung in homogenisierter Milch 456, 623 — Chemische Analyse der Milch einer Negerin 623 — Chemische und physikalische Untersuchung von homogenisierter Milch 623.
P. Lavialle und **Longevialle.** Kuhmilchkasein 623.
P. Lavialle und **G. Variot.** Zuckerreiche Milch bei infantiler Dyspepsie 456 — Einfluß des hohen Zuckergehaltes der Milch bei der Behandlung der Säuglingsdyspepsie 621 — Kalorimetrie 966.
P. Lavialle, G. Variot und **Rousselot.** Kondensierte Milch 247 — Veränderung der Milch durch Überzuckerung 247 — Saccharose bei Dyspepsie 244.
Lavialle, Variot, Zuber und **Sédillot.** Trockenmilch 247, 663.
Rudolf Lawatschek. Prognose der Säuglingstuberkulose 480, 654.
Artur Läwen. Kongenitale Wirbel-, Bauch-, Blasen-, Genital- und Darmspalte mit Verdoppelung des Zökums und des Wurmfortsatzes 758.
Otakar Laxa. Obers 7.
W. A. Lay. Morgen- und Abendlernen 815.
Erwin Lazar. Heilpädagogische Abteilung der Kinderklinik in Wien 545 — Verwahrloste und kriminelle Kinder und Jugendliche 741 — Indogene und exogene Wurzeln der Dissozialität Jugendlicher 1000.
José Lazarraga. Angeborene Luxation im Kniegelenke nach hinten 1014.
D. Lebedev. Urachusfistel, Nabelstrangbruch und Kryptorchismus 170, 279.
Ernst Lecher. Lehrbuch der Physik 189.
Leclerq. Multiple Läsionen 279.
Leclerq und **Paquet.** Lebensfähigkeit der Frühgeborenen 249.
Leclerq und **Patoir.** Verstreute Blutergüsse in den Geweben des Halses bei Neugeborenen 760.
Ch. Leclerq. Späte Komplikationen des Keuchhustens 975.
F. Leclerq und **J. Chalier.** Familiäre Hämophilie 249.
J. Leclerq und **G. Devulder.** Schädelfraktur 1014.
J. Leclerq und **P. Culot.** Serumkrankheit 240.
J. Leclerq und **F. Dervieux.** Untersuchung der Mekoniumflecke in der gerichtlichen Medizin 769.
Lecucq. Fondation Budin 1023.
Ledent. Chirurgie und Atmungsgymnastik 721.

Richard Lederer. Klinik und Pathologie der Lungentuberkulose **211,** 982 — Spasmophile Diathese 477 — Bedeutung des Wassers für Konstitution und Ernährung 501 — Nichtbeschriebenes Krankheitsbild der spasmophilen Diathese 631 — Bronchotetanie 721 — Chronische nichttuberkulöse Lungenprozesse 721, 854 — Purpura abdominalis 874.

Richard Lederer und **Artur v. Konschegg.** Klinik und Pathologie der Lungentuberkulose **140,** 982.

Richard Lederer und **Vogt.** Spirometrische Untersuchungen309.

Ernest J. Lederle. Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit 762 — Bekämpfung der Säuglingskrankheiten in New York im Sommer 1023.

W. Estell Lee. Ernährung der Findlinge durch Ammen 618 — Pflege von Findlingen 1023.

William H. Leede. Tracheotomia inferior 298 — Beiträge zur Diphtherie 639 — Postdiphtherische Hemiplegie 639 — Diagnose und Komplikationen des Scharlachs 639, 975.

W. H. Leede und **F. Reiche.** Diphtheriestation 643.

David Bridge Lees. Diagnose der Lungentuberkulose 449.

C. Henry Lefeoe. Interne Behandlung der Pylorusstenose 729.

Lefour und **Balard.** Consultation de Nourrisson de Bordeaux 762.

Paul Legendre. Kindliche Fettsucht 1005 — Unterscheidung der Fettsucht 1005.

W. Legeiko und **M. Isabolinsky.** Komplementbindungsreaktion bei Scharlach 975.

Legludie. Strangulation eines Neugeborenen 629.

Anselm Lehle. Ophthalmoblennorrhoea neonatorum 96.

Kurt Lehm. Lernweisen und Lernzeiten bei schwachsinnigen und schwerschwachsinnigen Kindern 741.

Lehmann. Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit auf dem Lande 762 — Stoffwechsel während geistiger Arbeit 821.

Albert Lehmann. Tabes 270.

H. Lehndorff. Bronchitis chloromatosa 83.

Friedrich Lehnerdt. Einfluß des Strontiums auf die Entwicklung des Knochengewebes wachsender Tiere 626.

August Leibecke. Sekretion des Urotropins durch Schleimhäute und seröse Häute 879.

Karl Leiner. Sammelreferat über die dermatologische Literatur 865.

Mello Leitao. Enuresis nocturna 271, 388 — Blutdruck 357 — Dysenterie 382 — Angeborenes Myxom beider Füße 758 — Flagellatenruhr 976.

Henri Lelièvre. Orthopädische Behandlung der Pottschen Krankheit 278.

Lemaux und **Apert.** Entwicklungshemmung 742.

J. Lemeland und **H. Brisson.** Anwendung von Salvarsan und Neosalvarsan in der Clinique Parnier 586, 986.

Lemeland, Hauch und **Vauseseal.** Stoffwechsel in der Schwangerschaft 572 — Ernährung während der Schwangerschaft 961.

Lemke. Verbreitung von Typhus durch Milchprodukte 623.

M. Lemos. Riesenwuchs, Infantilismus und Akromegalie 796.

Emil Lenk und **Alois Kreidl.** Viskositätsbestimmungen der Milch 7.

Alex. Mc Lennan und **J. M. Mc Nee.** Streptokokkenperitonitis 579.

Ross van Lennep und **J. D. Ruys.** Milch 7.

E. Lenoble. Vier Abarten hämorrhagischer Erkrankungen mit Purpura 991.

Ch. Lenormant. Askaridiasis der Gallenwege 731.

Lentz. Prophylaxe der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum 291.

W. Lentze und **P. Pfister.** Trockensubstanz der Milch nach Fleischmannscher Formel 661.

W. Lenz. Milchschlamm 7.

Richard Lenzmann. Tussis convulsiva 254 — Intravenöse Salvarsaninjektion bei Scharlach 295 — Behandlung des Keuchhustens 300 — Beeinflussung des Scharlachs durch intravenöse Salvarsaninjektionen 639.

Leoneano. Brodin. Widal und **Levanditi.** Kasuistik der Poliomyelitis 781.

Jerome S. Léopold. Untersuchungen über Masernätiologie 639 — Polyneuritische Form der akuten Poliomyelitis 975.
Jerome S. Léopold und **Lévi.** Übernährung, Fettsucht, Hoden 618, 796.
J. S. Léopold und J. C. Rubin. Ursache der Hartnäckigkeit der gonorrhoischen Vulvovaginitis 388, 999.
Lepetit. Postappendikulärer Leberabszeß 731.
Paul Lequeux. Augenläsionen beim Neugeborenen 81.
Guido Lerda. Behandlung der Syndaktylie 1018.
Pierre Lereboullet. Chronische Appendizitis und Tuberkulose 254, 982.
André Léri. Anaphylaxie der Diathesen 631.
René Leriche und **Antonin Poncet.** Arthritismus 970.
Charles Leroux. Lokalisation der Lungentuberkulose 982.
Ch. Leroux und **W. Grimberg.** Tuberkulöse Arbeiterfamilien 254.
Ch. Leroux, R. Labbé und **G. Barret.** Totaler Situs viscerum inversus 758.
Leroy. Symptome der Poliomyelitis 194.
A. Lesage und **André Collin.** Resistenz gegen Ermüdung 271, 359 — Progressive Paralyse 649 — Transitorische Störung der Geh- und Stehfähigkeit 1003.
A. Lesage und **Gauchery.** Kongenitaler Hemispasmus faciei 439.
A. Lesage und **Girault.** Sarkom des Ovariums 276, 444, 734.
Heinrich Leschcziner. Rumpel-Leedesches Scharlachphänomen 254.
E. Leschke. Anaphylaktische Fieber 614.
E. Leschke und **Citron.** Beziehungen zwischen Nervensystem und Infekt bei Fieber 610.
Lescohier. Dauer der Immunität nach Schutzpockenimpfung 897.
E. Lesné. Rektale Serumanwendung 957 — Akute Appendizitis im Verlauf von Varizellen 1014.
E. Lesné und **L. Dreyfuß.** Diphtherieserumtherapie per os 240 — Serotherapie per rectum 240.
E. Lesné und **Françon.** Erysipel beim Neugeborenen 254.
Ed. Lesné und **Ch. Richet fils.** Alimentäre Anaphylaxie 240, 364.
Hugh Lett. Akute Intussuszeption 1014.
Letulle. Multiple Veränderungen am Herzen 719.
Wilhelm v. Leube. Bekämpfung der Tuberkulose im Kindesalter 654.
L. Leubuscher. Schulärztliche Einrichtungen einer englischen Stadt 766.
Eug. Leuret und **Moussous.** Abstillen 619.
C. Leuriaux. Schwere Chorea und Salvarsan 738 — Salvarsan bei Syphilis 790.
C. Levaditi. Poliomyelitisvirus und Zellenkultur in vitro 639.
C. Levaditi und **V. Danulesco.** Penetrationsvermögen des Poliomyelitisvirus durch die Nasenschleimhaut 639.
C. Levaditi, Danulesco und **K. Landsteiner.** Experimenteller Scharlach 639.
C. Levaditi und **Kling.** Poliomyelitis 253, 900.
C. Levaditi und **Aug. Marie.** Behandlung der allgemeinen Paralyse durch Lumbalinstillationen von Neosalvarsan 1003.
C. Levaditi und **Mutermilch.** Diphtherietoxin 238.
C. Levaditi, Widal, Brodin und **Leoneano.** Kasuistik der Poliomyelitis 781.
Leven. Röntgenologische Studien über die Tätigkeit des Säuglingsmagens 729.
P. A. Levene, Brown, Wollstein. Courtney, Moore, Holt. Einfluß eiweißreicher Ernährung 199.
P. A. Levene und **L. Emmett Holt.** Allgemeine Betrachtungen 609. — Pyretogenische Wirkung des Kaseins aus Kuhmilch 623.
Lévi und **Léopold.** Übernährung, Fettsucht, Hoden 796.
Levin. Bedeutung der Milchbakterien 246.
Levy. Syphilis im Kindesalter 986.
Levy und **Morgenroth.** Resorption des Diphtherieantitoxins 298.
A. Lévy-Bing und **L. Duroeux.** Behandlung der Syphilis der Säuglinge 649.
E. Levy. Behandlung der epidemischen Genickstarre 95 — Seruminjektion in die Seitenventrikel bei epidemischer Genickstarre 254.

E. Lévy, A. Magnan und **Ch. Sellet.** Fötales Wachstum 967.
Georg Levy. Rachitis und Wohnung 1006.
Jacob Levy. Verhalten der Nebennieren bei Hydrocephalus congenitus 993.
Julius Levy. Angeborene Hirnbrüche 758 — Säuglingsmortalität und Morbidität 762.
Pierre Paul Lévy und **Jean Pellot.** Thymushypertrophie 263.
Pierre Paul Lévy und **Jules Renault.** Myelitis metatyphica 643 — Kernigsches Symptom und Kontraktur bei meningealen Affektionen 738.
Pierre Paul Lévy und **B. Weill-Hallé.** Barlowsche und Rigasche Krankheit 265 — Prophylaxe bei Diphtherie 980.
Lévy-Franckel. Pathogenese und pathologische Anatomie der chronischen Aortitis und des Atheroms 719.
Lévy-Franckel und **L. Ribadeau-Dumas.** Perforiertes Duodenalulkus 265.
L. Lewin. Spektrophotographische Untersuchungen des Mekoniums 204.
Ernest W. Lewis. Große Meningozele in der Hinterhauptgegend 1019.
Frederic T. Lewis. Form des embryonalen Magens 628.
Herman M. Lewis. Binet-Simonsche Skala zur Intelligenzprüfung 740.
Thomas Lewis und **Herbert W. Allen.** Vorzeitige Herzschläge 628.
K. Lewkowiez. Scharlachstreptokokkenserum 172, 295.
J. Lewy. Osteopsathyrosis idiopathica 209 — Angeborene Skoliosen 395, 755.
Lian und **Landesmann.** Chorea mit Zeichen von Pyramidenstörungen 790.
Libelge. Behandlung der Spina ventosa mit Röntgenstrahlen 654.
Adriana J. Lichtenbelt. Milch 661.
A. J. Lichtenbelt und **A. van Raalte.** Refraktion der nichtflüchtigen Fettsäuren der Butter 10.
Lichterstern. Zentrale Blaseninnervation 801.
G. Liebermeister. Sekundäre Tuberkulose 218.
Max Liebert. Fällungsgrenzen des Kaseins und Parakaseins 7.
Ernst Liebich. Transposition der großen Gefäße 758.
F. Liedtke. Säuglingssterblichkeit in Königsberg 762.
Else Liefmann. Azetonausscheidung 248 — Schicksal von Säuglingen mit Pylorospasmus und habituellem Erbrechen **714** — Azetonausscheidung im Urin gesunder und spasmophiler junger Kinder 842.
Harry Liefmann. Einfluß der Hitze auf die Sommersterblichkeit 618 — Steigerung der Säuglingssterblichkeit im Frühjahr 860, 1023.
H. Liefmann und **August Lindemann.** Säuglingssterblichkeit in Berlin 204, 762.
W. Lier und **P. Porges.** Dermatosen und Anazidität 874.
H. Lietz. Bedeutung der Landerziehungsheime 461.
Lietz und **Sexauer.** Bedeutung der Landerziehungsheime vom pädagogischen Standpunkt 762.
S. C. Lind. Atypische Diphtherie des Pharynx 639 — Diphtheriebazillenträger 639.
Lindahl. Pupillaröffnung des Augenbechers 402.
August Lindemann. Pathogenese und Klinik der Nierenbeckenentzündungen 998.
August Lindemann und **H. Liefmann.** Säuglingssterblichkeit in Berlin 204, 762.
Aidla Lindenbaum. Sklerodermie 273.
L. Lindet. Milch 7 — Einfluß von Chlorkalk auf die Gerinnung der Milch 964.
James Lindslay. Rheumatoide Arthritis 430, 975.
Johannes Linke. Monstrum multiforme 758.
W. Lintz und **W. Browning.** Autotherapie bei chronischen Neurosyphiliden 830.
Linzenmeyer und **Brandes.** Extrachoriale Fruchtentwicklung 758.
Artur Lippmann. Aortitis auf Basis einer kongenitalen Lues 649.
Artur Lippmann und **A. Hufschmidt.** Doehlesche Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach 639.
A. Lippschütz. Bedeutung des Kaseinphosphors für den wachsenden Organismus 7.

Lissmann. Antipollut 929.
S. N. Listowskaja. Anaphylaxie 881.
Little. Diagnostik der Knochenerkrankungen 239 — Säuglingsmarasmus 243 — Ungewöhnliche Hirnsymptome 738.
Jennings C. Litzenberg. Lange Intervalle in der Säuglingsernährung 243 — Lange Pausen bei der Ernährung der Frühgeborenen 630.
James Hendrie Lloyd. Epilepsie 738.
A. Loeb. Vererbung der Blindheit 747 — Heilerziehungsheime für Psychopathen 931.
Marx Lobsien. Einfluß des Antikenotoxins auf die Hauptkomponenten der Arbeitskurve 815.
C. B. Lockwood. Diagnose und Behandlung der akuten entzündlichen Abdominalerkrankungen 996.
H. Löhe. Kongenital-syphilitische Knochen- und Gelenkentzündungen 649.
Helene Lohmann. Ratschläge für die Fürsorgearbeit 762.
A. Loir. Milchkonserven 246.
Jacques de Lombard de Chateau-Arnoux. Skoliose und Atmungsfunktion 275.
P. Lombard und **J. Curtillet.** Abnorm verlaufender Tetanus 635.
Giacomo Lombardo. Anatomische Störungen bei Anämie infolge Leishmaniosis 724.
U. Lombrose. Milch 7.
P. Londe. Unerkannte Bronchitiden 721.
Koloman Longauer. Tonsillen bei Scharlach 975.
Longevialle und **P. Lavialle.** Kuhmilchkasein 623.
A. Longo. Infantile Leishmaniose 261 — Maltafieber 639 — Reizbarkeit der Leukopose bei infantiler Leishmaniose 724 — Schwankungen des Leukozytengehaltes des Blutes bei Temperaturunterschieden der Leishmaniose 724.
Löning. Behandlung des Gelenkrheumatismus 301.
Max Löns. Ausscheidung des Jods in der Milch 7.
Ursulina Lopes und **Fernandes Figueira.** Alimentäres Fieber 247, 368.
Loer und **Schlüter.** Anstellung von Schulärzten auf dem Lande 1026.
O. Lorange. Scarlatina sine exanthemate et sine desquamatione 975.
Mariano Lo Re. Enteritis dysenteriformis 264.
M. Lo Re und **G. A. Petrone.** Röntgentherapie bei Splenomegalie 267.
Friedrich Lorentz. Hygienische Jugendunterweisung 766 — Erforschung der Schulermüdung nach Weichardtscher Methode 815 — Schulermüdung 815.
Albert Lorenz. Doppelseitiger angeborener Defekt des Radius 498, 1019 — Angeborener Hochstand des Schulterblattes 758.
W. T. Lorenz und **Mazyck P. Ravenel.** Behandlung der Diphtheriebazillenträger mit Staphylokokkenspray 92, 639.
Lorenz-Monod und **G. Variot.** Sclerème en plaques 1008.
Aldo Lorenzini. Bauchtumoren in der Kindheit 751 — Pleuropulmonales Sarkom mit darauffolgender langsamer Kompression des Rückenmarkes 1014.
Lorey. Behandlung der Diphtherie, des Scharlachs und von eitrigen Prozessen 214, 298, 639 — Salvarsan bei Scharlach 295, 639.
Maurice Loriou. Kindersterblichkeit und Säuglingsernährung 283.
J. Lorrain. Wurmfortsatzentzündung 1014.
J. Lorrain und **Nidergang.** Kongenitaler Nierentumor 276.
Eduard Loth. Schriddesche allgemeine angeborene Wassersucht 259.
Pierre Loubet. Pathogenetische und kritische Betrachtungen über Sydenhamsche Chorea 1003.
P. Loubet und **H. Grenet.** Organische und nervöse Symptome bei Chorea 790.
Jullian Louis. Fürsorge in Toulouse 1023.
E. Loumeau, J. Sabrazès und **L. Muratet.** Nierenechinococcus 254.
A. Lourié. Stoffwechselversuche und Therapie bei mongoloider Idiotie 796.
Love. Streitige Punkte in der Säuglingsernährung 618.

Elis Lövegren. Melaena neonatorum 618, 889.
Robert W. Lovett. Das neue Kinderspital 283 — Erforschung der Kinderlähmung in Massachusettes 639 — Untersuchungen des Gesundheitsamtes von Massachusettes über Kinderlähmung 876 — Behandlung der Skoliose 1017.
Oskar Loew und **Rudolf Emmerich.** Erhöhung der natürlichen Resistenz gegen Infektionskrankheiten durch Chorkalzium 610 — Einfluß der Kalksalze 625, 969.
W. F. Loewe. Milch 7.
H. Lowenburg. Medikamentöse Behandlung der Anämie 81 — Cholezystitis 254 — Streptokokkenarthritis 254, 721.
Ernst Löwenstein. Hemmungsmißbildungen an der oberen und unteren Extremität 758.
Max Loewenstein. Kenntnis der Leukämie 991.
A. Löwy und **P. Sommerfeld.** Myxödem 228.
A. Loewy und **N. Zuntz.** Lehrbuch der Physiologie 466.
Julius Löwy. Morbus Addisonii 993.
Otto Lubarsch. Pathologie der Tuberkulose 583, 654, 851.
Otto Lubarsch, Harry Smidt und **Hellmut Köhlisch.** Pathologie der Poliomyelitis 253.
Heinrich Lübbering. Säuglingssterblichkeit in Essen 283.
Lublinsky. Lokale Mentholanwendung 322.
William Palmer Lucas. Hospitalbehandlung bei kongenitaler Lues 87 — Meningitis 226 — Verschiedene Meningitisformen 271 — Wichtigkeit der Wassermannschen Reaktion für die Prognose und Diagnose 986.
William P. Lucas und **Robert B. Osgood.** Übertragungsversuche mit dem Poliomyelitisvirus 640, 876.
William Palmer Lucas und **Edward Lewis Prizer.** Masern an Affen 642.
William Palmer Lucas und **E. E. Southard.** Nervöse und geistige Folgen der Enzephalitis 1003 — Neurologie des Kindesalters 1003.
Franz Lucksch. Ätiologie des Morbus Buhlii 474, 618 — Präparat einer Leber eines zehnwöchentlichen Kindes 731.
E. Ludwig. Angeborene Wassersucht 719.
Alexander Luftmann. Erbsche Schulterlähmung beim Neugeborenen 968.
Alfred Luger. Kolibazillose 254.
B. Lühmann. Gefäßerkrankung der Leber bei kongenitaler Lues 649.
H. Lührig. Bestimmung der Trockensubstanz der Milch 8.
Ezio Luisada. Phase galvanischer Latenz bei der Kinderlähmung 975.
Friedrich Luithlen. Mineralstoffwechsel bei Zufuhr von oxalsaurem Natrium 248.
S. Gordon Luker. Schwere Geburt infolge fötaler Aszites 967.
Francesco Luna. Tuberkulöse Meningitis 254 — Status lymphaticus 631 — Maltafieber bei Säuglingen 640.
Lundborg. Myollonie-Epilepsie 792.
Christen Lundsgaard. Nebennierenblutungen bei Neugeborenen263.
K. K. K. Lundsgaard. Heine-Medinsche Krankheit 640.
R. Lundsgaard. Erworbene Augenmuskellähmung bei Kindern 781.
Graham Lusk und **J. A. Riche.** Tierische Kalorimetrie 626.
Eugène Lust. Anaphylaktische Erscheinungen durch Kuhmilch hervorgerufen 661 — Säuglingssprechstunden und Kinderkliniken 1023.
F. Lust. Milchzucker der Frauenmilch 8 — Kuhmilchidiosynkrasie und Anaphylaxie 8, 200, 243 — Durchlässigkeit des Magendarmkanals für heterologes Eiweiß 243, 840 — Einfluß der Alkalien auf Spasmophilie 349 — Pathogenese der Tetanie 574, 631 — Einfluß der Alkalien auf die Auslösung spasmophiler Zustände 891, 970.
Lutz. Schädlichkeiten gewisser Milchpumpen 968.
Rolf Lutz. Entwicklung des Neugeborenen 241 — Reifezeichen der Frühgeburt im 9. Monat 969.
Wilhelm Lutz. Thrombenbildung bei Masern 893, 975.
T. Luzzatti. Bantische Krankheit 724 — Kleine Zeichen des Dysthyreoidismus 726 — Ra-

diotherapeutische Behandlung der Thymushypertrophie 993.
T. und B. Luzzatti. Herzfehler 719.
Harold W. Lyall. Typhusbazillenmeningitis 427, 580, 640.
Lyle. Laboratoriumsdiagnose der Tuberkulose 254.
Henry Lowness Lynah. Trachealobstruktion durch die Thymusdrüse 993.
H. L. Lynah und J. v. Gieson. Kreosot- und Kalziumbehandlung der Erkrankungen der Atmungsorgane 721.

C. Maag, L. Giusty und B. A. Houssay. Wirkung von Hypophysenextrakt auf die Milchsekretion 964.
H. Maas. Kongenitale Vorderarmstenose 496, 1019.
Alexander Macalister. Psychischer Einfluß bei der Behandlung 613.
Constantin Macaronopoulos. Mongolenfleck 1019.
Luigi Maccone. Akuter Retropharyngealabszeß durch Otitis 1010.
Norman Macdonald. Melken und Melkmaschine 8.
F. Mach und J. Schaller. Leistungsprüfung bei Kühen 8.
Machard. Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose nach Mosetig 223 — Heilung der Tuberkulose durch Jodoformplombierung 654 — Tuberkulinbehandlung bei Knochentuberkulose 654.
Henry T. Machelt. Hirschsprungsche Krankheit oder kongenitale Dilatation des Kolon 996.
Marie Macijewska. Menstruatio praecox 998.
James Macintosh und Herbert Turnbull. Poliomyelitis 900.
Luis Calvo Mackenna. Desquamative Erythrodermie 273.
J. Ross Mackenzie. Salzlösung bei epidemischer Diarrhöe 201, 243 — Rheumatische Infektion 224.
K. Mackenzie. Mechanismus der Milchsekretion 8.
J. Stewart Mackintosh. Epilepsie 229.
H. Macnaughton-Jones. Doppelhändigkeit 1001.
Mary Sutton Macy. Hygiene des Kindes 766, 955.
Maddox. Ärztliche Schulaufsicht 1025.
Salvatore Maggiore. Paratuberkulöse Dystrophie 254 — Thomsensche Krankheit 271 — Tuberkel des Kleinhirns 654 — Kindliche Pyelozystitis 734 — Klinische Formen der tuberkulösen Infektion 982.
A. Magnan, Ch. Sellet und Ed. Lévy. Fötales Wachstum 967.
J. Magyar. Myositis ossificans 323.
C. Mai. Einfluß des Gefrierens auf die Zusammensetzung der Milch 8, 623.
Ludwig Maier. Milieuwechsel und epileptische Anfälle 271 — Bromdarreichung bei salzarmer Kost 320 — Einfluß hygienischer Verhältnisse auf Morbidität und Mortalität der Masernpneumonie 578, 721, 975.
Majewski. Anomalie der oberen Tränenwege 402.
Maignot, L. Ribadeau-Dumas und A. Weill. Radiologisches Studium der Lungentuberkulose 256, 983.
F. Maillet. Unterhautzellgewebe als Abwehrorgane 69 — Gutartigkeit der Pneumonie im Kindesalter 260 — Unterhautzellgewebe und Widerstandskraft des kindlichen Organismus 610.
Marcel Maillet. Azotämie 966.
Maillet und Aimé. Auswurf eines durchgebrochenen Eiterherdes 751.
Maillet und P. Nobécourt. Azotämie 243 — Azotämie und Athrepsie 243 — Chlorürämie und Azotämie 243 — Mit Somnolenz einhergehende Urämien 734.
Maillet, P. Nobécourt und Bidot. Harnstoffgehalt in der Zerebrospinalflüssigkeit 611.
Maillet, P. Nobécourt und Léon Tixier. Blutbefunde und ostemeduläre Veränderungen bei Barlowscher Krankheit 742 — Barlowsche Krankheit 441.
Gustav Major. Poltern der Kinder 285, 614.
Ralph Major. Röntgenologische Beobachtungen am Säuglingsmagen 729.
R. H. Major und Edmund Nobel. Empfindlichkeit der kindlichen Haut gegenüber Dysenterietoxin und Tuberkulin 880, 957.

William Mair und **C. Paget Lapage.** Pathologie der Tuberkulose 654.
J. A. Makrinow. Neutralisation von Nährmedien mit Kreide auf die Aktivität von Milchsäurebakterien 661.
G. Hudson Makuen. Verhütung der Taubheit 274.
Malarte. Orchi-epididymitis zweifelhafter Natur 1014.
R. Malenfant. Bestimmung des Kaseins und Milchzuckers in Kuhmilch 8.
Malhéné und **H. Méry.** Asile de débiles de Médan 283.
Edmund Maliwa. Kongenitaler familiärer Ikterus 152, 731 — Icterus neonatorum 629.
Joseph Malkin. Lehre von der Polydaktylie 1019.
Franklin P. Mall. Entwicklung des menschlichen Herzens 259.
H. Mallet und **A. d'Espine.** Herzthrombose bei Diphtherie 635.
Mallié. Intestinale Infektionen und Balneotherapie 200.
F. B. Mallory. Bazillus des Keuchhustens und die verursachte Läsion 894 — Pathologischer Befund bei Keuchhusten 975.
F. B. Mallory und **A. A. Hornor.** Keuchhusten 161 — Respirationstrakt bei Keuchhusten 254 — Histologische Veränderungen bei Keuchhusten 429.
F. B. Mallory, A. A. Hornor und **F. F. Henderson.** Keuchhusten 429 — Bordet-Gengouscher Bazillus und Keuchhusten 580, 640.
George E. Malsbary. Behandlung der Poliomyelitis 640.
A. Mamrot. Bednarsche Aphthen 176.
Manara. Entwicklung des Säuglings im ersten Lebensjahr 959.
Paul Manasse. Scharlach und Ohr **59,** 975 — Plötzliche Ertaubung bei Scharlachotitis 779.
F. S. Mandelbaum. Tanargentan 314 — Meningitis tuberculosa 482 — Pathologie der primären Splenomegalie 168, 384, 732.
M. Manicatide. Komplementbindungsvorgang bei Keuchhusten 640, 975.
Mann. Laryngeale Diphtherie 640 — Schulhygiene 766.
Ludwig Mann. Traumatische Entstehung spasmophiler Zustände 1003.
C. Mann und **Brandes.** Tuberkelbazillen im strömenden Blut 582.
Harold H. Mann und **A. A. Megitt.** Milch 8.
Jacolyn van Vliet Manning. Poliomyelitis 194, 254. 781.
John B. Manning. Infektiöse Diarrhöe 243 — Behandlung der Hämorrhagie beim Neugeborenen 968.
John B. Maning und **Alanson W. Hawley.** Sarkom des Kleinhirns 751.
Albert Manson. Radikalbehandlung kleiner Nabelhernien 751.
Dora Mantoux. Tuberkulose beim Säugling 254, 482, 654, 982.
Wilfred H. Manwaring. Subdurale Leukozyteninjektion 640.
C. C. Mapes. Fremdkörper in den fossae nasales 748.
Luigi Maramaldi. Ernährung 243.
O. Marburg. Hemiatrophia facialis progressiva 236.
Otto Marburg. Klinik der Zirbeldrüsenerkrankungen 726.
Meaux-Saint-Marc und **Touchard.** Poliomyelitis im Verlaufe sekundärer Syphilis 258.
Jean Marchal. Mamma-Hypertrophie während der Schwangerschaft 238.
L. Marchand. Konvulsionen und Epilepsie 271.
Léon Marchand, Gabriel Petit, Fayet und **Caziot.** Poliomyelitis acuta bei einer Stute 975.
Karl Marcus. Prognose der kongenitalen Lues 649.
Julian Marcuse. Beschränkung der Geburtenzahl 171.
Viktor Ignatius Maresz. Diphtheriebazillenträger 255.
A. B. Marfan. Nahrungsmenge beim Brustkind 243 — Pylorusstenose 264 — Hereditär-syphilitische spastische Paraplegie 649 — Säuglingsfürsorge in großen Städten 762 — Kongenitale Pylorusstenose durch muskuläre Hypertrophie 996.
A. B. Marfan und **A. Baudouin.** Pylorusstenose 264.
A. B. Marfan, H. Dorlencourt und **Fr. Saint-Girons.** Mineralverluste durch die Stühle bei Athrepsie 966.
A. B. Marfan, Feuillée und **Saint-Girons.** Zellelemente der Frauenmilch 964.

A. B. Marfan und **L. Lagane.** Salvarsan bei Masern 640.
A. B. Marfan, P. L. Ménard und **Saint-Girons.** Peroxydase in pathologischen Flüssigkeiten 359, 957.
B. W. Margaritow. Kleinhirntuberkulose 255.
J. Margarot und **J. Baumel.** Achondroplasie 1006.
Marie und **Nachmann.** Atmosphärische Einflüsse auf die Krisen bei Epilepsie 804.
Aug. Marie und **Levaditi.** Behandlung der allgemeinen Paralyse durch Lumbalinstillationen von Neosalvarsan 1003.
Pierre-Louis Marie und **Pierre Teissier.** Serumbehandlung der Blattern 646.
René Marie und **H. Rouèche.** Hämoglobinurie 998.
J. Marimon, Raventos und **Roig.** Pleuritis purulenta 722.
Robert Marois. Behandlung der Bronchopneumonie 260.
H. Marqués und **A. Peyron.** Röntgenbefunde bei Akromegalie 743.
Percy Marsh. Koliinfektion der Harnwege 913, 998.
Howard L. Marsh und **Edward B. Meigs.** Zusammensetzung von Frauen- und Kuhmilch 964.
C. T. Marshall. Mortalität und Morbidität bei hereditärer Syphilis 164 — Paterne Übertragung der Syphilis 164.
Ewing Marshall. Sexuale Verantwortung 268.
E. K. Marshall. Autolyse der Thymus 726.
Th. de Martel, J. Chaillous und **J. Babinskii.** Bilaterale Stauungspapille 269.
Th. de Martel, Guinon und **Ripart.** Hirntumoren 1013.
Th. de Martel, Tanon und **Chrétien.** Agglutination des Micrococcus Melitensis 613.
Martin. Operation der Spina bifida 276, 758.
Martin und **Berny.** Spina bifida 1019.
Martin und **Pettit.** Nephritis und Leberzirrhose bei Milchernährung 8.
Charles J. Martin und **Harriette Chick.** Viskosität von Kaseinsolen 3.
Etienne Martin. Osteomalazie 743 — Kriminelle Jugendliche 1023.
J. F. Martin, Ch. Roubier und **A. Cade.** Stenosen ohne Neubildung des Colon sigmoideum 995.
Louis Martin. Morbidität und Mortalität bei Diphtherie 255 — Statistiken über Diphtheriemortalität 640.
Louis Martin, H. Darré und **L. Lagane.** Zwischenfälle bei der Intubation von spät zur Behandlung kommendem Croup 1010.
Wilhelm Martin. Milch maul- und klauenseuchekranker Tiere 8.
André Martingay. Enterokolitis 264 — Toxische subakute Enterokolitis 618.
Erich Martini. Notwendigkeit gemeinverständlicher Belehrung bei Diphtheriegefahr 976 — Verwendung von Menschenblutserum für die Diphtheriebazillenkultur 976.
G. Martini. Tuberkel im Pons 783.
Hermann Marx. Kind ohne Kleinhirn 1019.
E. J. Marzinowsky. Bakteriologische Diagnostik der Diphtherie 157, 255.
M. S. Maslow. Biologische Bedeutung des Phosphors für den wachsenden Organismus 626.
Mason. Ätiologie und Pathologie der Poliomyelitis 194 — Intubation beim membranösen Croup 1010.
F. Masselot und **J. Hallé.** Barlowsche Krankheit 742.
Adorno Massimi. Kopliksche Flekken bei Morbillen 976.
Max Massini. Erschwertes Dekanulement 158 — Diagnostische Bedeutung der Döhleschen Leukozyteneinschlüsse für die Scharlachdiagnose 976.
A. Masson. Raynaudsche Gangrän und Läsionen am Zirkulationsapparat 745.
P. Mathes. Infantilismus, Asthenie und deren Beziehungen zum Nervensystem 796.
Alfred Mathies. Scharlach und familiäre Disposition 577, 640.
Albert Mathieu. Akute Kolitis beim Erwachsenen und beim Kind 729 — Infektiöse Kolitiden 996.
I. Matko, Verhalten des Duodenalinhaltes bei Icterus catarrhalis und Ulcus duodeni 731.
M. Matsuoka und **K. Hayashi.** Erblichkeit der angeborenen Hüft-

gelenkverrenkung 754 — Angeborene Mißbildungen kombiniert mit der kongenitalen Hüftverrenkung 754, 1018.
Ch. Mattei und Payau. Mißgeburt mit Spina bifida und Enzephalozele 781 — Anenzephalie 1019.
Ch. Mattei und **R. de Vernejoul.** Pyonephrose 999.
C. A. Matthey. Hasenscharte und Anenzephalie 279.
Hermann Matti. Physiologie und Pathologie der Thymusdrüse 469, 726.
Mattissohn. Ophthalmoplegia totalis unilateralis bei hereditärer Syphilis 649, 779 — Prognose der Vulvovaginitis gonorrhoica 874, 999.
H. Mauban. Darmstörungen als Folge leichter Leberstörungen 731.
Mauclaire. Megakolon 264 — Tortikollis 276.
Ciro Mauro. Nukleinstoffwechsel 626 — Verbreitung der Tuberkulose unter den Gemeindeschülern von Palermo 982.
Hans Mautner. Multiple Exostosen 276, 326 — Harntoxität und Masern 378, 640.
H. Mautner und **W. Knöpfelmacher.** Verlangsamte Resorption der Zerebrospinalflüssigkeit bei Hydrozephalien **505**, 544, 956.
O. Mauthner. Erkrankung des Nervus octavus bei Parotitis epidemica 640.
Wilfred H. Mauwaring. Tuberkulöse Meningitis 89.
August Mayer. Experimentell erzeugte Milchsekretion 246.
Ernst Mayer. Diastase im Säuglingsharn 626.
Georg Mayer. Situs inversus totalis 105.
Ernst Mayerhofer. Rumination im Säuglingsalter 314 — Chondrodystrophie 698 — Osteopsathyrosis foetalis 699, 743 — Mikromelie 743 — Syphilis, Tuberkulose und Ernährungsstörungen 763.
Ernst Mayerhofer und **Gisa Kaminer.** Anorganischer Phosphor im Harn 626.
E. Mayerhofer und **L. Moll.** Sommersterblichkeit in Österreich 103.
Ernst Mayerhofer und **E. Pribram.** Konservierte Frauenmilch 8 — Ernährung mit konservierter Frauenmilch 314.
Ernst Mayerhofer und **E. Rach.** Pylorospasmus 729, 938.
Mayet. Skoliose und Appendizitis 755.
R. Mayeyama, G. Yamada und **T. Kurashige.** Tuberkelbazillen im strömenden Blut 7.
Ch. Maygrier. Erstes Austragen der Kinder 968.
Ch. Mayo und **Bernard F. Mac Grath.** Epithelkörperchen und Beziehungen zur Struma 804.
E. Mazoyer. Schutz und Überwachung der Entwicklung des Kindes 1025.
Fr. Mazylis. Urmesenterium mit Zystenniere 178.
Pietro Mazzitelli. Meningitis cerebrospinalis durch Weichselbaumschen Diplokokkus 640.
Francis H. Mead. Scharlach 485, 640.
Meder. Verspätete Abheilung von Impfpusteln 161.
O. Medin. Eintrittspforten der Tuberkulose 982.
P. van der Meer. Sprechmangel und sein Vorkommen bei den Schülern der Amsterdamer öffentlichen niederen Schulen 818.
Richard Mees. Kleinhirnexstirpation bei angeborener Hydroenzephalozele occipitalis 1019.
J. Mégevand. Eitrige Pleuritis 721.
A. A. Megitt und **Harold H. Mann.** Milch 8.
Ernst Meier. Erweichung beider Großhirnhemisphären 166.
Josef Meier. Hebammenausbildung und Säuglingspflege vor 400 Jahren 763 — Säuglings- und Kinderkrippen 1023.
M. Meier. Psychische Wirkungen von Brom und Chlor 804.
Meige. Geistiger und motorischer Infantilismus 796.
Meignant. Consultations de nourrissons auf dem Lande 1023.
Edward B. Meigs und **Howard L. Marsh.** Zusammensetzung von Frauen- und Kuhmilch 964.
Meisel. Kropfuntersuchungen an Schulkindern 726.
H. Meisner. Einfluß der sozialen Lage auf die Militärtauglichkeit 466 — Parinandsche Konjunktivitis 402.
E. Melanby. Stoffwechsel der Stillenden 661.

Eduard Melchior. Operative Blutverluste bei angeborener Enge des Aortensystems 719 — Madelungsche Deformität des Handgelenks 1019.
A. Melchiorri. Seltene Komplikation des Typhus bei Kindern 640.
Meldola. Alkoholmißbrauch in Hamburg 788.
John Mellanby. Labgerinnung 8 — Koagulation der Milch durch Labferment 246.
John Mellanby und **V. J. Woolley.** Pankreasfermente 626.
G. Menabuoni. Wassermannsche Reaktion bei hereditärer Lues 649.
Pierre-Jean Ménard. Giftwirkung des Diphtheriebazillus 613 — Wirkungsweise des medizinalen Antidiphtherieserums auf den Diphtheriebazillus 613.
P. J. Ménard, Marfan und **Saint-Girons.** Peroxydase in pathologischen Flüssigkeiten 359, 957.
V. Ménard. Behandlung der chirurgischen Tuberkulose 446 — Syphilis der Halslymphdrüsen 649 — Knochen- und Gelenktuberkulose 654.
Lafayette B. Mende, Thomas B. Osborne und **Edna L. Ferry.** Fütterungsversuche mit isolierten Nahrungssubstanzen 414.
Kurt Mendel. Halsrippen 1019.
L. Mendelsohn. Bandwurmkurven 315 — Chemische Zusammensetzung der Thymusdrüse 434.
A. Mendelssohn. Wärmeregulationsvermögen des Säuglings 196.
Josef Mendl. Schulanämie und deren Prophylaxe 724.
Charles Meneil. Tuberkulose von der medizinischen Prophylaxe 654.
P. Ménétrier und **P Brodin.** Pseudomeningokokkenmeningitis 641.
Enrico Mensi. Stickstoffstoffwechsel beim Neugeborenen 8 — Angeborene Vergrößerung des Verdauungstraktus 264 — Leberabszeß 266 — Physiologische Gewichtsabnahme und Icterus neonatorum 266 — Chlorstoffwechsel bei Neugeborenen 626 — Puls- und Respirationskurve des menschlichen Neugeborenen 630 — Temperatur in der Latenzperiode bei Masern 641 — Energiequotient des Säuglings 661 — Venenthrombose im Kindesalter 719 — Pathologische Anatomie der Myatonia congenita 738 — Anwendung der klinisch-biologischen Methode zur Frühdiagnose der Syphilis hereditaria 986 — Wassermannsche Reaktion und das Salvarsan bei Syphilis hereditaria 986.
Menville. Symptome und Diagnose der Diphtherie 641.
A. Menzer. Klinik des Infektionsfiebers 610 — Psoriasis als Konstitutionskrankheit 1008.
A. Clifford Mercer. Rezidivierendes Erbrechen 618, 885.
Albert Merckens. Melaena neonatorum geheilt durch Injektion von defibriniertem Menschenblut 573, 618.
Meredith. Behandlung des Leistenbruches 751.
Livio Merell. Ätiologie der epidemischen Parotitis 641.
Otto Mergelsberg. Uteruskarzinom 1014.
Eduard Merkel. Frauenmilchfett s.
Gottlieb Merkl. Bazillenträger bei Diphtherie 976.
Prosper Merklen. Diabetes beim Kind 272 — Funktionelle Albuminurie und Azotämie 999.
E. Merle. Tetanus mit intralumbaler Seruminjektion 976.
Méroz und **Reh.** Pseudo-Diphtheriebazillen und Otitis 226, 274.
H. Méry. Tuberkulose bei Schulkindern 654.
H. Méry und **Malhéné.** Asile de débiles de Médan 283.
H. Méry, H. Salin und **W. Wilborts.** Familiäre Hämophilie 249. — Hirnerkrankung bei Scharlach 255.
H. Méry, S. Salin und **A. Wilborts.** Meningitis durch Parameningokokken 641.
Meslay und **Mérigot de Treigny.** Zerebraler Rheumatismus 258.
René Mesnard. Respirationsübung 1017.
B. Messing. Mineralische Bestandteile im normalen und pathologischen Gehirn 770.
Hans Messner. Arbeit des Tierarztes bei Vorzugsmilchanstalten 550.
H. W. Methorst. Säuglingssterblichkeit in den Niederlanden 283, 602.

Metschnikoff und **Wollmann.** Bekämpfung der darmintestinalen Intoxikation 661.
Karl Metzger. Alkoholprobe bei Milch von kranken Kühen 8.
Marcel Meunier. Echte Diphtheriebazillen und Pseudodiphtheriebazillen 958.
E. Mey. Klinisches und Anatomisches aus der Scharlachpathologie 976.
Albrecht Meyenberg. Ichthyosis congenita 273.
Meyer. Wasserbedarf 76.
Adolf H. Meyer. Erfahrungen über Pyurie 734.
Curt Meyer. Mineralstoffwechsel bei Rachitis 248.
E. Meyer. Körperliche Störungen bei Dementia praecox 827.
Georg Meyer. Eiweißmilch 114, 314.
Hans H. Meyer. Theorie des Fiebers 610.
Josef Meyer. Schall-Lokalisation 105 — Geschichte der Kinderheilkunde 119.
Kurt Meyer. Mineralstoffwechsel bei Rachitis 841.
Ludwig F. Meyer. Infektion und Verdauung 610 — Spasmophilie 631 — Bericht des Vereines für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin 687 — Hochfieberhafte Infektionszustände mit protrahiertem Verlauf 695 — Infektionsverhütung im Säuglingsspital 764 — Hospitalismus der Säuglinge 862.
Oswald Meyer. Alimentäre Vergiftung unter dem Bilde zerebraler Herdaffektion 199, 619, 788 — Hirschsprungsche Krankheit 231, 691, 996 — Rumpel-Leedesches Phänomen 377, 641 — Epityphlitis bei Scharlach 425, 641 — Frühformen der Möller-Barlowschen Krankheit 742 — Parathyreoidinbehandlung der Spasmophilie 891, 970.
Robert Meyer. Spaltknochen und Defekte der Schädelknochen 279 — Schädelanomalie 494.
Rudolf Meyer. Struktur und Pathogenese der embryonalen Hodenteratome 1014 — Ursächliche Beziehungen zwischen Situs viscerum und Situs cordis 1019.
O. Meyrich. Blutuntersuchungen 991.
O. Mezger, H. Jesser und **K. Hepp.** Milch von maul- und klauenseuchekranken Kühen 964.
May Michael. Fortschritte in der Pädiatrie 654.
L. Michaelis. Entwicklungsgeschichte des Menschen 236.
L. Michaelis und **H. Pechstein.** Isoelektrischer Punkt des Kaseins 8.
M. Michalowicz. Forciert genährte tuberkulöse Kinder 175 — Fieber bei gemästeten tuberkulösen Kindern 654.
M. E. Michalowitsch. Diagnose der infektiösen masernähnlichen Exantheme 894 — Krankheiten des Entwicklungsalters der Schuljugend 928.
J. Michiels. Bestimmung der Gerinnzeit des Blutes 197 — Intrakutane Serumreaktion 958.
J. Michiels und **B. Schick.** Intrakutanreaktion auf Diphtherietoxininjektion 214.
Gita Midwidskaja. Thoraxkontusion 610.
J. Milhet. Typhus im Kindesalter 641.
Milhit. Diagnose und Behandlung der Pleuritis 989.
Milhit. Bidot und **Nobécourt.** Azotämie bei akuter Nephritis 966.
Millan. Infantile allgemeine Paralyse 641 — Syphilitische Natur der Sydenhamschen Chorea 738.
Millan und **Sauphar.** Familiärer Mitralherzfehler auf Grund angeborener Syphilis 649.
Charles Miller. Lungenfibrose 260.
D. J. Milton Miller. Diagnose bei atypischer Skarlatina 255 — Zahnung und Krankheitserscheinungen 749.
E. H. Miller. Milch 8.
Joseph L. Miller und **Joseph A. Capps.** Epidemie von Streptokokkensangina und Milchversorgung von Chicago 658.
Max Mayo Miller. Fötales Wachstum des menschlichen Rückenmarkes 967.
Reginals Miller und **C. Harrison Orton.** Persistenz des Ductus arteriosus 587, 758.
J. A. P. Millet und **S. B. Wolbach.** Diffuse subdurale Lipomatose des Rückenmarks 753, 1004.
Johannes Million. Kongenitale partielle Hypertrophie 758.

Charles K. Mills und **Charles H. Frazier.** Intradurale Wurzelanastomose zur Heilung der Blasenlähmung 737.
Milne. Scharlach 458.
G. Mingazzini. Kleine Zeichen organischer Paresen 1003.
Ferreira de Mira. Einfluß der Nebennieren auf das Wachstum 263.
Michele Miraglia. Akute interstitielle Nierenentzündung 999.
F. Mirz. Einfluß der Nebennieren auf das Wachstum 993.
S. Misliwetschek. Einfluß von Brom auf die geistige Tätigkeit und Konzentrierungsfähigkeit 821.
Alex Mitchell. Appendizitis 231, 264.
Mittelhäuser. Säuglingssterblichkeit 283.
Mittendorf. Vakzinebehandlung der gonorrhoischen Ophthalmie 747.
Wilhelm Mittweg. Fettsklerem der Neugeborenen 745.
Charles G. Mixter. Kongenitale hypertrophische Pylorusstenose 996.
Gustavo Modena. Totales Fehlen des Gehirns und des Rückenmarkes 1019.
G. Mogwitz. Blutzucker der Säuglinge **569.**
R. Mohr. Diagnostik der kongenitalen Herzfehler 719.
P. Möhring. Technik des Klumpfußverbandes 755.
Moldenhauer. Schularzt in Württemberg 285 — Schulhygienische Abteilung in Cöln 285 — Amtlicher Schulpsychologe 1025.
Moll. Experimentelle Spasmophilie 519.
Albert Moll. Erziehung und Behandlung des nervösen Schulkindes 766.
Leopold Moll. Säuglingssterblichkeit im Großherzogtum Salzburg 1023.
L. Moll und **E. Mayerhofer.** Sommersterblichkeit in Österreich 103.
Möller-Lenhertz. Verschlußklappe für Milchflaschen 661.
B. Möllers. Conjunctivitis tuberculosa 373 — Ätiologie der Knochen- und Gelenktuberkulose 902.
K. Mollweide. Dementia praecox im Lichte der neueren Konstitutionspathologie 827.
Karl Molly. Säurefeste Stäbchen in hypertrophischen Gaumentonsillen und adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes 725.
A. Molodenkoff. Fleckfieber 156, 255.
J. B. Molony und **H. D. Rolleston.** Purpura 152.
J. G. Mönekeberg und **Th. Groedel.** Kongenitale Pulmonalstenose 719.
Moncorvo fils. Kinderschutz in Brasilien 763.
Emanuele Mondolfo. Intensive Serumtherapie der Diphtherie 976.
Mondschein. Pyozyanase 173.
E. Monitz. Essentielle Myoklonien 1000.
Mönkemöller. Psychopathologie der Pubertätszeit 818.
Monnier. Kongenitale Hypertrophie der Zunge 1010 — Präparat einer fötalen Invagination 1014 — Malignes Teratom eines Ovariums 1014.
Monoba und **Sugai.** Vererblichkeit der Lepra 901.
Lorenz Monod. Ausgesprochene Kraniotabes bei rachitischen Säuglingen 743, 956 — Sclérème en plaques 1008.
L. Monod und **Variot.** Symmetrisches Lipom der Fußsohlen 1016.
R. Monod. Hautdesinfektion mit Jodtinktur 442.
Raoul Monod. Unschädlichkeit der Hautdesinfektion mit Jodtinktur 751.
Montagnon. Tetanus 976.
Montague und **Alexander.** Akuter Retropharyngealabszeß 749.
Alfonso Montefusco. Scharlach und Varizellen 641.
Romeo Monti. Tannismut bei Darmkatarrhen 961.
A. M. Moody und **C. G. Grulee.** Langes kolloidale Goldchloridreaktion für Zerebrospinalflüssigkeit bei kongenitaler Syphilis 986.
R. O. Moon. Kongenitale Aortenstenose 259.
Moore. Hämorrhagie 630 — Säuglingssterblichkeit 1023.
Moore, Holt, Levene, Brown, Wollstein, Courtney. Einfluß eiweißreicher Ernährung 199.
Nestor Morales. Diphtherischer Croup 976.

Morant. Trockenmilch in der Säuglingsernährung 964.
Moreau. Heilung eines Blindgeborenen 747.
Santos Moreira. Krankheiten des Zirkulationsapparates 259.
Morel, Weill und **G. Mouriquand.** Rektale Absorption von Salvarsan 240 — Salvarsan bei Chorea minor 320.
Ino J. Moren. Hysterie 1003.
Morestin. Kongenitale Luxationen der Hüfte und des Knies 278.
A. Moretti. Idiotie bei Mongolismus 271.
Morgan. Säuglingsdiarrhöe 243.
Morgan und **Wollstein.** Blutkulturen 197.
Edward Morgan. Septikämie bei Diphtherie 641.
Harold J. Morgan. Säuglingsdurchfälle 961.
A. Morgen. Wirkung der Buttermilch auf Milchproduktion 8.
A. Morgen, C. Beyer und **F. Westhauser.** Futterwert der ungesäuerten Zuckerrübenblätter für Milchtiere 661.
Morgenroth und **Levy.** Resorption des Diphtherieantitoxins 298.
Kurt Morgenstern. Kongenitale hereditäre Ankylosen der Interphalangealgelenke 758.
R. Moricheau-Beauchant, R. Guyonnet und **Corbin.** Poliomyelitis 641.
Paul Morin. Toxische Gastroenteritis 243.
Rutherford Morison. Kongenitale Stenose des unteren Teiles des Ösophagus 729.
Enta Morkownikowa. Angeborene Skoliosen 755.
Egbert C. Morland. Tuberkulinreaktion 420.
E. Moro. Neutralreaktion der Milch 8 — Diätetik der Skrofulose 321 — Rektale Hyperthermie 329 — Erythema nodosum und Tuberkulose 495, 875.
Louis Morquio. Meningitis cerebrospinalis 976.
Wilhelm Morres. Praktische Milchuntersuchung 9, 623.
Morse. Pasteurisierte Milch 147 — Darmtoxämie bei Neugeborenen 243 — Zirbeldrüsengeschwulst 488 — Strengere öffentliche Vorschriften in bezug auf Keuchhusten 846.
Mary Elizabeth Morse. Anwendung der Komplementfixationsreaktion auf die Gruppe der Diphtheriebazillen 564 — Untersuchung der Diphtheriebazillengruppe nach der biometrischen Methode 565.
John Lovett Morse. Abnormale physikalische und sexuelle Entwicklung 263, 993 — Diabetes 597, 742 — Maltose in der Säuglingsernährung 619 — Säuglingsernährung 619 — Sterilisieren, Kochen und Pasteurisieren der Milch 623 — Gekochte Milch in der Säuglingsernährung 961 — Keuchhusten 976.
John Morton. Striktur des Ösophagus 729.
Hélène Moschinsky. Coxa vara 278.
Fritz Moser. Hämolytische Wirkung der Mastitismilch 9.
René Mosquet. Radikaloperation der Hernie 276.
Moss. Diagnostische Irrtümer bei Kinderkrankheiten 611 — Nasendiphtherie in der Schule 641 — Taubheit 748.
M. Mosse und **G. Tugendreich.** Krankheit und soziale Lage 466, 708.
P. W. Mott. Histologische Veränderungen am Nervensystem 1005.
Ketil Motzfeldt. Offenstehender Ductus arteriosus Botalli 1019.
Albert Mouchet. Kongenitale Skoliose 755 — Kongenitale radiokubitale Synostose 758.
Albert Mouchet und **Maurice Ségard.** Kongenitale Coxa vara 755.
G. Mouriquand. Diagnose der croupösen Pneumonie 721 — Metapneumonische Pleuritis 721 — Adipositas 1005.
G. Mouriquand, Dujol und **Santy.** Malaria 641.
Georges Mouriquand und **Georges Duval.** Diuretische Wirkung eines Infuses von Waldmeister 613, 957.
G. Mouriquand, Morel und **Weill.** Rektale Absorption von Salvarsan 240.
G. Mouriquand und **E. Weill.** Milch 13 — Eiweißmilch 245 — Radiologische Untersuchungen bei Pneumonie 261 — Trockenmilch 624, 965 — Epidemiologie der kindlichen Lungenentzündung 722 — Croupöse Pneumonie 722.

Mouriquand, Weill und **Goyet.** Rektale Salvarsaninjektion bei Chorea 272.
G. Mouriquand, E. Weill und **Ch. Gardère.** Pneumonie bei Masern 980 — Nierentumor 1016.
G. Mouriquand, Weill und **Morel.** Salvarsan bei Chorea minor 320.
Moussous und **Eug. Leuret.** Abstillen 619.
H. Moutot, L. Charlet und **J. Nicolas.** Kongenitale und familiäre Dermatose 875, 1008.
Frank Moxon. Behandlung von Schulkindern 285.
Hans Much. Krankheitsentstehung und Krankheitsverhütung 713.
Alberto Muggia. Persistenz des Meckelschen Divertikels 265, 1014.
Mullally. Infantilismus mit Hypophysentumor 726.
Müller. Milchleistung des oberbadischen Fleckviehs 9 — Berufsvormundschaft, Pflegekinderaufsicht und Mütterberatungsstelle 283 — Psychopathische Fürsorgezöglinge 824.
Alb. Müller. Askariden und Askariasis 729.
A. v. Müller. Tätigkeit des bayrischen Frauenvereins vom Roten Kreuz 763.
Anna Müller und **Otto Hornemann.** Verhütung der Übertragungen von Infektionskrankheiten in Kinderspitälern 764, 1024.
A. Müller und **E. Rupp.** Gottlieb-Rösesche Fettbestimmung der Milch 10.
Berthold Müller. Thymustod und Status thymolymphaticus 726.
Erich Müller. Akute Infektionen im Säuglingsalter 641 — Arbeitsleistung des Blutes und des Herzens bei gesunden Kindern 719 — Therapie und Klinik der Lues congenita 875, 986.
Erich Müller und **Ernst Schloss.** Mineralstoffwechsel 572, 627.
Eduard Müller. Epidemiologie der spinalen Kinderlähmung 641.
E. H. Müller-Schürch. Wandertrieb 824.
Georg Müller. Genfer System und Mutterschaftsversicherung 283.
J. E. Müller. Diphtherie 215 — Durch Diphtheriebazillus hervorgerufene seltene Erkrankungen 641, 875.
Philipp Müller. Leicht bekömmliche Säuglingsmilch 9.
P. Th. Müller, Karl Helle. W. Prausnitz und **H. Poda.** Schwankungen in der Zusammensetzung der Kuhmilch 6.
Wilhelm Müller. Labfähigkeit der Milch 9 — Einfluß der Behandlung der Milch auf Labfähigkeit 246, 366.
P. Mulzer und **P. Uhlenhuth.** Infektiosität von Milch syphilitischer Frauen 477, 663.
Alfred A. Mumford. Leistungsfähigkeit des Herzens vom Standpunkte der Schule aus 1025.
Eugene Bishop Mumford. Verdauungsstörungen 961 — Störung der Fettverdauung 966.
P. Lockhardt Mummery. Abdominalerkrankungen 387, 642.
W. Münch. Psychologie der nicht versetzten Kinder 818.
N. Murachi. Titrierbare Azidität und Quellungsfähigkeit des urämischen Gehirns 770.
L. Muratet, J. Sabrazès und **E. Loumeau.** Nierenechinococcus 254.
L. Muratet, J. Sabrazès und **P. Lande.** Leichenblut des Fötus, Neugeborenen und Kindes in forensischer Beziehung 1021.
Mac Murchy. Ärztliche Schulaufsicht 766.
W. W. Murphy. Helminthiasis bei Kindern 211, 729.
George R. Murray. Einige Gesichtspunkte der innern Sekretion bei Krankheiten 993.
Hans Murschhauser und **Arthur Schlossmann.** Einfluß der vorangegangenen Ernährung auf den Stoffwechsel im Hunger 966. — Stoffwechsel des Säuglings im Hunger 966.
Douglas C. Mac Murtrie. Fürsorge für Krüppel in Schweden und Norwegen 755 — Krüppelkinder in den englischen Schulen 755 — Staatliche Pflege verkrüppelter Kinder in Kalifornien 755.
Muskat. Fußerkrankungen bei Schulkindern 1025.
N. Mutch und **J. H. Ryffel.** Stoffwechsel bei rektaler Ernährung 248.
Mutel. Ärztliche Überwachung der Schüler von orthopädischen Gesichtspunkten aus 1025.
Mutermilch und **Levaditi.** Diphtherietoxin 238.

Theodor v. Mutschenbacher. Behandlung skrofulöser Halslymphdrüsen 992.
P. Mutzer und **P. Uhlenhuth.** Infektiosität von Milch syphilitischer Frauen 650.
Myers. Spontane Hämorrhagie Neugeborener 291.
Victor C. Myers und **Morris S. Fine.** Hygienische Methoden zur Diagnose 661.

Friedel Nachimowitsch. Syndaktylie 1019.
Nachmann und **Marie.** Atmosphärische Einflüsse auf die Krisen bei Epilepsie 804.
P. Naecke. Einteilung der Antisozialen und der mehr oder minder moralisch Defekten 741.
Nadoleczny. Kongenitale Wortblindheit 336.
Fritz Näf. Eiweißmilch 569, 619.
Nageotte-Wilbouchewitch. Trockenmilch 246 — Luxation der Patella 276, 443 — Skoliosebehandlung 278 — Appendizitis 729, 1014 — Fürsorge im Hospital 1025.
Nagus. Differentialdiagnose der Poliomyelitis 194.
A. E. Naish. Infantilismus und chronische interstitielle Nephritis 210, 267 — Halsrippe mit neuritischen Symptomen 758.
Luey Naish. Stillen 961..
Vitangelo Nalli. Haptogene Membran der Milch 9.
Nanee. Chicago-Milchvorschrift 476.
A. T. Nankivell und **R. Tanner Hewlett.** Diphtherieendotoxin 253, 426.
Nassauer. Behandlung der Vulvovaginitis 126 — Vaginale Pulverbehandlung 303.
Marcel Nathan. Mitralstenose bei Hereditärsyphilitischen 649 — Motorische und mentale Debilität 649 — Verengerung der Mitralklappe bei einem kongenital-syphilitischen Kinde 986 — Glanduläre Obesität 1005.
Mareel Nathan und **H. Durot.** Zurückgebliebene Schulkinder 741.
Adolf Natzler. Fußdeformität 278.
Alfredo Navarro. Megakolon 729.
Juan Carlos Navarro. Rheumatismus nodosus bei einem choreakranken Kinde 738.
François Naville. Allgemeinparalyse 738 — Spezialklassen für anormale Kinder 928, 1025.
Sheffield Neave. Fibrose der rechten Lunge mit dem Herzen 721.
J. M. Mac Nee und **Alex. Mac Lennan.** Streptokokkenperitonitis 579.
Frank C. Neff. Kalorienmethode bei der Säuglingsernährung 243 — Hochprozentige Eiweißmilch 619.
Hermann Neff und **Karl Alpers.** Milchstatistik 657.
Giovanni Negri. Meningoccle occipitalis 1019.
Archibald Mac Neil. Komplementbindungsreaktion bei Gonorrhöe 976.
Charles Mac Neil. Tuberkulose im Kindesalter 481.
Charles Mac Neil und **J. P. Mac Gowan.** Fieberhafte Erkrankungen in einem Knabeninstitut 374 — Endemien in einer Industrieschule Schottlands 642.
Max Neisser. Bekämpfung der Diphtherie 255 — Bakteriologie der Diphtherie 958.
M. Nemmser. Wiederholte Seruminjektionen und Überempfindlichkeit 471.
Leon J. Nenville. Bass-Watkinssche Typhusreaktion 255.
Hélène Nerosloff. Sarkom der Tonsille 276.
Nesbit. Bücher als Scharlachüberträger 158 — Defekte Schulkinder 741.
R. Barclay Ness. Rheumatismus 155.
Arnold Netter. Beziehung gewisser heilbarer Meningitiden zur Poliomyelitis 642 — Meningeale Zustände und epidemische Poliomyelitis 976 — Antianaphylaktische Vakzination bei Zerebrospinalmeningitis 255 — Kontagiosität der Poliomyelitis 255, 642 — Vakzinale Allergie der exanthematischen Erkrankungen **552,** 454 — Meningitische Form der Poliomyelitis **555,** 458 — Anwendung des kolloidalen Silbers in der Therapie 613 — Vakzinetherapie bei Typhus 976.
Eugen Neter. Arzt und Kinderstube 557 — Hygiene des kindlichen Geistes 1000 — Gesunde Kinder, die nicht essen wollen 1001.

Louis Netter. Prophylaxe der Infektionskrankheiten in der Schule 766.
Arnold Netter und **Ribadeau-Dumas.** Poliomyelitis mit choreiformen Symptomen 976.
Arnold Netter und **Mathieu-Pierre Weil.** Komplementablenkung bei Keuchhusten 255.
Franz Netzer. Einfluß der Somatose auf die Milchergiebigkeit 9.
Charles F. Neu. Nervosität 271.
Milda Neuberg. Säuglingsmortalität in der Schweiz 283.
O. Neugebauer. Anwendung der Ebagapräparate in der Dermatologie 875.
Neuhaus. Kuhmilchidiosynkrasie 332.
H. Neuhaus. Bronchialdrüsentuberkulose 334, 654.
H. Neuhaus und **G. Schaub.** Kuhmilchidiosynkrasie 619, 661.
Harold Neuhof. Angeborener Schulterhochstand 759.
Sellan Neuhof. Kongenitale familiäre Dextrokardie 1019.
Neukirch. Icterus gravis neonatorum 203.
Alfred Neumann. Methodik der Fettresorptionsprüfung 966.
Friedrich Neumann. Therapie der erworbenen und angeborenen Gaumendefekte 1010.
H. Neumann. Fazialisphänomen jenseits des Säuglingsalters 227 — Säuglingsfürsorge 283.
Julius Neumann und **Edmund Herrmann.** Lipoidgehalt des Blutes von Frauen und Neugeborenen 357 — Lipoide der Gravidität 476.
Neumann-Neurode. Kindersport 464.
R. Neurath. Paralytische Äquivalente der Kinderepilepsie 97 — Rolle des Scharlachs in der Ätiologie derr Nervenkrankheiten 788.
M. Neustädter. Veränderungen der Rachenschleimhaut bei Poliomyelitis 194 — Ätiologie der Poliomyelitis 194, 642 — Stottern 614 — Poliomyelitis bei Meerschweinchen 642, 876 — Defekte Kinder vom neurologischen Standpunkt 741.
M. Neustädter und **William C. Thro.** Experimentelle Poliomyelitis 224.
Nevermann. Aufgaben der Molkereien für die Bekämpfung der Tuberkulose 661.
A. Nevi. Guajacolina Franchi und die bronchopneumonischen Affektionen 721.
P. Nevière und **Bouthière.** Hammergeräusche und Plätschergeräusche synchron mit dem Herzschlage in einer interlobären Höhle 989.
Allen Neville und **Frederick Gowland Hopkins.** Einfluß der Ernährung auf das Wachstum 961.
Charles Newberger. Tetanus als Komplikationen bei Verbrennungen 752.
Arthur Newlin. Poliklinische Behandlung der Chorea 738.
H. P. Newsholme und **Duncan Forbes.** Membranöse Rhinitis 151.
E. E. Nicholls. Eingeklemmte Inguinalhernie 497, 752.
S. T. Nicholson. Melaena neonatorum 291.
S. T. Nicholson jr., Kenneth D. Blackfan und **T. Wistar White.** Wassermannsche Reaktion 985.
Maurice Nicloux. Übergang von Kohlenoxyd auf den Fötus 238, 358, 967.
M. Nicloux und **V. Balthazard.** Tödliche Kohlenoxydvergiftung bei einer Schwangeren 1020.
Vittorio Nicolai. Entwicklung der Nebenhöhlen der Nase 1010.
J. Nicolas, H. Moutot und **L. Charlot.** Kongenitale Dermatose 875, 1008.
Matthias Nicoll. Typhus exanthematicus 642 — Wert der Einschlußkörperchen bei Scharlach 642, 849.
Matthias Nicoll und **Frank S. Fielder.** Mastoiditis mit nachfolgender Sepsis 274.
Matthias Nicoll und **M. A. Wilson.** Blennorrhoische Allgemeininfektion ohne Urethritis 734.
Charles Nicolle und **A. Conor.** Vakzinebehandlung des Keuchhustens 642, 976.
Nidergang und **Lorrain.** Kongenitaler Nierentumor 276.
Zur Nieden. Säuglingsfürsorge in der Rheinprovinz 283.
Vladimir Njegovan. Milchphosphatide 623.
Gottfried Niehaus. Poliomyelitis 255.

Albert Niemann. Kalkbilanz 9 — Poliomyelitis acuta 94 — Icterus simplex 207, 731 — Stoffwechsel atrophischer Säuglinge 627.
Niemayer. Säuglingssterblichkeit 1023.
Alfred Niepelt. Tuberkulose der weiblichen Genitalien 255, 654.
Joh. Nietner. Tuberkulosebekämpfung 255, 715, 983 — Bekämpfung der Tuberkulose unter den Schulkindern 715.
B. Nieto und **D. Prat.** Darmokklusion durch Meckelsches Divertikel 729.
Nigay und **Hamaide.** Diät bei Cholera infantum 617.
Friedrich Niklas. Plazentarhormone und Verwendung von Plazentarsubstanzen als Laktagoga 964.
Martin Nippe. Mikroskopische Untersuchungen von Lungen Neugeborener 760.
E. Nitzelnadel. Therapeutisches Jahrbuch 714.
Fritz Noack. Übergang von mütterlichen Scheidenkeimen auf das Kind während der Geburt 630.
P. Nobécourt. Lehrbuch der Säuglingsernährung 137 — Harnstoff in der Zerebrospinalflüssigkeit 238 — Nachweis des Kochschen Bazillus im Kinderurin 239 — Diphtherische Angina 255 — Akute Endokarditiden des Kindesalters 719 — Kongenitale Herzfehler 719 — Azothämie 966 — Klinische Bedeutung der Azothämie 966 — Myokardische Symptome bei Infektionskrankheiten 976 — Akute Perikarditis 988 — Chronische Perikarditis und Obliteration des Perikards 988 — Zirkulationsapparat im Kindesalter 988 — Zyanose bei kongenitaler Herzaffektionen 988.
P. Nobécourt, Bidot und **Maillet.** Harnstoffgehalt in der Zerebrospinalflüssigkeit 611.
P. Nobécourt und **Darré.** Tuberkulöse Bazillämie 255 — Nachweis von Tuberkelbazillen im Blut von Kindern mittels Impfung von Meerschweinchen 715 — Harnstoffgehalt des Liquors bei Nephritiden 773.
P. Nobécourt, Darré und **Bidot.** Übergang der Salizylsäure in die Zerebrospinalflüssigkeit 610.
P. Nobécourt und **Saint Girons.** Pleuritis purulenta der rechten Spitze durch Pneumokokken 721.
P. Nobécourt und **V. Hutinel.** Akute Kolitis 242, 435, 728.
P. Nobécurt und **Maillet.** Azothämie 243 — Azothämie und Athrepsie 243 — Chlorürämie und Azothämie 243 — Mit Somnolenz einhergehende Urämien 734.
Nobécourt, Milhit und **Bidot.** Azothämie bei akuter Nephritis 966.
P. Nobécourt und **G. Schreiber.** Eiweißmilch 619.
Nobécourt, Sevestres und **Bidot.** Harnstoff in Zerebrospinalflüssigkeit 150.
P. Nobécourt und **Léon Tixier.** Injektionen von Pepton Witte bei familiärer Hämophilie und Purpura 742, 907.
P. Nobécourt, Léon Tixier und **Maillet.** Blutbefunde und osteomeduläre Veränderungen bei Barlowscher Krankheit 441, 742.
Edmund Nobel. Juvenile progressive Paralyse 323 — Intestinaler Infantilismus 619, 938 — Tonische Reflexkrämpfe unbekannter Ätiologie 697, 738 — Sklerosen im frühen Kindesalter 738.
Edmund Nobel und **R. H. Major.** Empfindlichkeit der kindlichen Haut gegenüber Dysenterietoxin und Tuberkulin 880, 957.
Heinrich Nodop. Hereditärer Nystagmus 747.
C. T. Noeggerath. Empyembehandlung 84 — Salvarsanbehandlung syphilitischer Säuglinge 307 — Elektrokardiogramme schwächlicher Säuglinge 720.
Hideyo Noguchi. Kongenitaler partieller Darmdefekt 396.
Hideyo Noguchi und **Simon Flexner.** Kultivierung des Poliomyelitisvirus 876, 973, 898, 899.
Nohl. Mastitis puerperalis 642.
P. Nolf. Milchsekretion 9.
Henri Noel. Doppelter Daumen 1019.
De Normandie. Ärztlicher Milchausschuß in Boston 840.
Nordmann. Diphtherieepidemie 298.
Nordmann und **Bonnet.** Pyelonephritis und Angina 999.
W. P. Northrup. Infantiler Skorbut 243 — Allgemeine Miliar-

tuberkulose mit zahlreichen Hauttuberkeln 715.
Zae Northrup. Typhusbazillus 9.
Hugo Nothmann. Chemie der Frauenmilch 9 — Diätetische Behandlung der eitrigen Erkrankungen der Harnwege 85 — Pflege und Ernährung der Frühgeburten 969.
F. E. Nottbohm und **W. Weisswange.** Eisenbestimmung in Milch 9.
M. Nové-Josserand und **M. Denucé.** Chirurgie und Orthopädie des Kindesalters 704.
I. Novi. Kalk- und Magnesiumgehalt des Gehirns 627.
H. Nowak. Saccharosegehalt der kondensierten Milch 9, 246.
Nuller und **Henri Dufour.** Seltene orthostatische Albumiurie 733.
Ludwig Nürnberg. Volvulus als Ursache von Melaena neonatorum 968.
A. Nussbaum. Einfaches Hilfsmittel bei der Reposition ausgetretener Hernien 922.
H. Chr. Nussbaum. Fußboden für Klassenzimmer in Volksschulen 1025.

Oebbecke. Tätigkeit der Schulschwestern 460.
Oberholzer. Psychogenes Moment bei Keuchhusten 642.
Obladen. Eintauchrefraktometer 9.
Oehsner. Behandlung der Hernien 752.
O'Connor. Allgemeine Therapie der Kinderkrankheiten 612.
N. B. Odgers und **W. M. Robson.** Polyarthritis infolge kongenitaler Syphilis 987 — Kongenitales Fehlen der Tibia und andere Deformitäten 1019.
Chass. O. O'Donoghue. Corpus luteum und Wachstum der Milchdrüse 9.
Ogan. Meningitis cerebrospinalis 977.
Masanori Ogata. Symptomatologie der Rachitis und Osteomalazie in Japan 743.
C. Oehme. Schulturnen und Arzt 766 — Einfluß des Strontiums auf die Entwicklung des Knochengewebes 958.
Hisao Okada. Pseudoleukämie oder Morbus Banti 724.
Max Oker-Blom. Körperlängen und Gewichtsverhältnisse der Helsingforser Volksschulkinder 606 — Bekämpfung des Scharlachs in Schulen 642.
A. Oliari. Chronische Mediastinitis 725.
James Oliver. Sekretion der Brustdrüsen ohne Schwangerschaft 146 — Einfluß der Laktation 619, 661 — Kongenitale Ptosis 747.
Oeller. Atophan bei Gelenkrheumatismus 301.
Robert Ollerenshaw. Nierensteine 734.
O. J. Olsen-Sopp. Taette, urnordische Dauermilch 9.
D'Oelsnitz. Heliotherapie bei tuberkulöser Peritonitis 255 — Radiologie der Tracheobronchialdrüsenerkrankung 262 — Chronische Insuffizienz der Nebennieren 453 — Intensität und Dauer der Sonnenbehandlung bei tuberkulösen Affektionen 715 — Thermische, respiratorische, zirkulatorische und Blutreaktionen 956 — Posologie der Sonnenkur bei tuberkulösen Erkrankungen 983 — Erzeugung eines Pneumothorax durch Probepunktion der Pleura und Lunge 989.
D'Oelsnitz und **Ch. Paschetta.** Radiologische Studien der Tracheobronchialdrüsenerkrankung 262 — Radiologische Diagnostik der Thoraxaffektion 449.
D'Oelsnitz und **E. Rist.** Umschriebene primäre käsige Lungentuberkulose 983.
L. Ombrédanne. Chirurgische Technik 234 — Darminvagination 265 — Akute Orchitis 592 — Behandlung der Appendizitis 729 — Primäre akute Orchitis 734 — Pottsche Krankheit 1017.
Harry A. Ong. Serumbehandlung bei epidemischer Zerebrospinalmeningitis 977.
A. T. Oort. Experimentelle Untersuchung des Gedächtnisses 740.
J. T. H. Openshaw. Wahl der Behandlungsmethoden der Lähmungsdeformitäten 1014.
Opitz. Stillen 961.
Oppelt. Ausschluß offentuberkulöser Kinder vom Schulbesuch 715.
Hermann Oppenheim. Klinische Eigentümlichkeiten kongenita-

ler Hirngeschwülste 738 — Myatonia congenita 738.
Richard Oppenheim. Spätrachitis 743 — Dermatitis exfoliativa neonatorum 745.
Oppenheim und **Weehsler.** Kutanreaktion bei gesunder und erkrankter Haut 952.
Seymour Oppenheimer. Glykuronsäureausscheidung bei Scharlach 573, 627 — Entzündliche Erkrankungen der Nasennebenhöhle 748.
J. Oraison. Chirurgische Nierentuberkulose 983.
Ordway. Säuglingsernährung 619.
O'Reilly. Behandlung der Poliomyelitis 876, 977.
Arnold Orgler. Beobachtungen an Zwillingen **490.**
Ferdinand Orland. Unbeabsichtigte hohe Phenolphthaleindosis bei einem Kinde 958.
A. Orlandini. Extraktion eines Fremdkörpers aus dem Bronchus 1015.
Emilio Orsi-Battaglini. Mongolismus 1003.
Ruben Vila Ortiz. Dextrokardie 720.
G. Harrison Orton und **Reginald Miller.** Persistenz des Ductus arteriosus 587 — Offener Ductus arteriosus mit Röntgenogramm 758.
H. P. T. Oerum und **Aage Kook.** Darminvagination 101, 751 — Intussuszeption 393.
Thomas B. Osborne, Lafayette B. Mendel und **Edna L. Ferry.** Fütterungsversuche mit isolierten Nahrungsubsstanzen 414.
Robert B. Osgood und **William P. Lucas.** Übertragungsversuche mit dem Poliomyelitisvirus 640, 876.
Th. A. Ossinin. Einfluß künstlicher Ernährung auf biologische Eigenschaften 9, 75, 243 — Latente Tuberkulose bei Säuglingen **618.**
Armand Oster. Doppelmißbildung 759.
H. Ostermann, H. Wagner und **R. Walker.** Einfluß des Lichtes auf Fette 663.
Robert Ostertag. Gewinnung und Verkehr mit Säuglingsmilch 9, 246.
Ostheimer. Außenfürsorge und Kinderpoliklinik 171 — Säuglingsernährung 243.
Stanislaus Ostrowski. Urobilinurie und Urobilinogenurie 172, 368 — Angeborener Herzfehler 173 — Engel-Turnausche Reaktion 173, 661 — Signe du sou bei Lungenentzündung und Pleuritis 722 — Diagnostische Bedeutung des Klages einer Kupfermünze bei Lungenentzündung 905.
Ad. Oswald. Schilddrüse und ihre Rolle in der Pathologie 993.
Lambert Ott. Pneumonischer Respirationspausenzyklus 722.
Edmund Owen. Appendizitis 231, 923.
Sydney O. Owen. Syphilitische Erkrankungen der Gelenke und Knochen 986.
M. Oyamada. Riesenkinder 630.

Dante Pacchioni. Wachstum des Säuglings 610 — Säuglingsatrophie 961.
Johannes Paechtner und **Wilhelm Völtz.** Alkoholgehalt der Milch 663.
R. Paderstein. Diagnose der Neuritis optica aus dem Augenspiegel 1009.
C. H. A. Pagenstecher. Masernepidemie in Elberfeld 93.
Hermann E. Pagenstecher. Kausale Genese von Augenmißbildungen und angeborenen Staren 402, 747 — Hydrocephalus externus 752.
Paillasse und **Ginet.** Konjunktivitis bei Neugeborenen 273.
Alexander Paine und **E. J. Poynton.** Ätiologie der Appendizitis 437.
G. Paisseau. Zerebrospinalmeningitis 255.
G. Paisseau und **Léon Tixier.** Intradermoreaktion auf Tukerkulin 255.
Pakuscher. Schicksal der Wasserköpfe 783.
Emilia Palmegiani. Behandlung der Pyodermien mit Ziehlscher Flüssigkeit 1008.
Harold J. Palmer. Maligner Scharlach 256, 424.
William Palmer, Lucas und **Edward Lewis Prizer.** Masern bei Affen 642.
Julius Pallesen. Akute Infektionen Neugeborener 642.
Karl Pallmann. Milch-Labhemmprobe 9.
C. Martin Du Pan. Eitrige allgemeine Peritonitis 642.

Henry P. Pancoast und **John F. Sinclair.** Akute Epiphysitis 268.
Theodor Panzer. Einwirkung von Stickstoffoxyd auf Diastase 627.
Martin Pape und **Wolfgang Weichardt.** Dauerträger und Dauerträgerbehandlung bei Diphtherie 647.
A. Pappenheim. Natur der Döhleschen Scharlachkörperchen 642.
Paquet und **Leclerq.** Lebensfähigkeit der Frühgeborenen 249.
Paraf und **Robert Debré.** Häufig tuberkulöse Natur der Nephritiden 997.
Paraf, Debré und **Triboulet.** Meningitis cerebrospinalis 646.
Paraf, Triboulet und **Albert-Weil.** Purpura 273.
Paramanda-Mariadassou. Mutter und Kind in Indien 955.
S. Parastschuk. Biologische Untersuchungsmethode 661.
C. Parhon. Bedeutung der inneren Sekretion im embryonalen und fötalen Leben 993.
C. Parhon und **Arth. Schunda.** Achondroplasie 1006.
C. Parhon und **A. Tupa.** Infantilismus bei einem Idioten mit Mikrogyrie 271.
Paridaens. Zerebrospinalmeningitis 642.
Jacques Parisot und **Heully.** Milzbestrahlung bei angeborenem hämolytischen Ikterus 731.
Park. Diphtherieheilserum 425.
Edwards A. Park und **W. C. Mac Guire.** Kritik zweier Perkussionsverfahren 611.
W. H. Park und **Ch. Krummwiede jun.** Typus humanus und bovinus der Tuberkulose 420.
Thomas D. Parke und **John H. Edmondson.** Einfluß schwerer Erkrankungen auf die spätere Entwicklung 149, 614.
Charles A. Parker. Chirurgie der Thymusdrüse 393, 727.
George Parker. Behandlung des Tetanus mit Magnesiumsulfat 256, 301.
W. Gibson Parker. Säuglingssterblichkeit und Gesundheitszustand der Überlebenden in den Elementarschulen 763.
Willard S. Parker. Stoffwechsel bei völligem Gallenmangel im Darm 627, 841.
F. Parkes. Vorkommen akuter Pneumonie während der Arsenbehandlung 722.
Guy Parkin und **E. P. Harding.** Milch 660.
Arthur H. Parmelee. Epidemische Zerebrospinalmeningitis 427, 643.
Parrot. Chininsalze in der Kinderheilkunde 613.
L. A. Parry. Fraktur des unteren Humerusendes 276.
L. Parsons und **Douglas Stanley.** Progressive spinale Muskelatrophie 735, 794.
F. Partsch. Osteomyelitis der Patella 232.
M. Parvu und **Ch. Aubertin.** Chorea des Herzens 987.
Ch. Paschetta und **d'Oelsnitz.** Radiologische Diagnostik der Thoraxaffektion 262, 449.
Passemiers und **Duquesne.** Musterkrippe 763.
Pässler. Diathesen und Konstitutionsanomalien 554.
Paterne. Rousselsches Gesetz 1023.
Paterne, Veil-Picard und **Sergent.** Rousselsches Gesetz 763.
Paterson. Narkose 240.
Patoir und **Leclercq.** Verstreute Blutergüsse in den Geweben des Halses bei Neugeborenen 760.
J. Hume Patterson. Aktinomykose bei der Kuh 9.
Victor Pauchet. Behandlung des Megakolon 996.
Paul. Organisation der Stillbeihilfen in der Gemeinde 1023.
G. Paul. Originäre Kuhpocken 324.
Luther C. Paul. Spina bifida 100, 276.
G. Paul-Boncour. Psychomotorische Erregbarkeit und Digestionsstörungen 738.
Georges Paul-Boncour. Psychomotorische Reizbarkeit und Verdauungsstörung 1003.
Pauli. Behandlung des Keuchhustens mit Chineonal 895.
Ernst Paulsen. Cholelithiasis 731.
M. Paunz. Verwendung der direkten Laryngoskopie und Tracheobronchoskopie 748.
W. Pawlow. Salvarsan bei Chorea minor 790.
Payau und **Mattei.** Mißgeburt mit Spina bifida und Enzephalozele 781 — Anenzephalie 1019.
Francis W. Peabody. Anorganischer Stoffwechsel bei Pneumonie 248 — Sauerstoffgehalt des Blutes

bei der lobären Pneumonie 990. — Salzstoffwechsel bei Pneumonie 417.
Francis W. Peabody, George Draper und **A. R. Dochez.** Poliomyelitis 256.
George Peacoke. Ösophagismus 265.
G. H. Pearson. Meningitis 225.
Péchin. Schrägschrift, Steilschrift 1000.
H. Pechstein und **L. Michaelis.** Isoelektrischer Punkt des Kaseins 8.
P. van Pee. Erste Zeichen der Lungentuberkulose 449, 983.
M. Péhu. Tuberkulinreaktion 89.
M. Péhu und **E. Weill.** Radiotherapie bei Thymushypertrophie 263.
Peignaux. Rachitis mit Hypotrophie und vorherrschenden Thoraxdeformationen 743 — Mikromastie bei einer Amme 961 — Prolongierte Hypotrophie beim debilen Frühgeborenen 969.
J. Peiser. Behandlung akuter Ernährungsstörungen 9, 314 — Konservierte Ammenmilch 199, 314 — Kochkiste als Kühlkiste 243 — Präzisionswage 414 — Klinische Wertung der Urubilinogenurie im Säuglingsalter **541,** 887.
Jean Pellot und **Pierre Paul Lévy.** Thymushypertrophie 263.
Siegfried Peltesohn. Poliomyelitische Lähmungen 256 — Orthopädisch-chirurgische Behandlung der poliomyelitischen Lähmungen 382 — Mißbildung der unteren Extremitäten 445 — Peroneuslähmung durch eine amniotische Schnürfurche 777.
Ralph Pemberton und **J. C. Gittings.** Stoffwechsel bei Amyotonia congenita 270, 735.
Papinio Pennato. Wassermannsche Reaktion in der Findelanstalt 986.
Péraire. Darmocclusion 265.
Perez-Montaut. Thymustod bei kleinen Kindern 910, 993.
P. Perfiljeff. Epidemische Zerebrospinalmeningitis 900.
Jay Perkins. Diphtherieserum zur Blutstillung bei Hämophilen 249 — Kinderwohlfahrt und Tuberkulose 983.
Périer. Spina bifida 277.
E. Périer. Semiologie des Kopfschmerzes 611.
M. C. Périer. Tuberkulöse Meningitis 715.
G. Peritz. Nervenkrankheiten des Kindesalters 701 — Spasmophilie der Erwachsenen 804.
Sarella Perl. Behandlung der Hasenscharte 279 — Urobilinurie 734.
Ephim-Chain Perlis. Spina bifida 759.
Alexander Perlmann. Heißluftbehandlung der Ekzeme 316 — Serodiagnose der Syphilis 478.
Hildegard Perls. Blutuntersuchungen bei rachitischen Kindern 991
S. Pern. Kongenitale Abnormitäten der Schilddrüse 993.
Perreau. Entvölkerung und Kindersterblichkeit 1023.
Perrin. Kongenitaler Verschluß des Dünndarms 759 — Appendizitis 1015 — Chirurgie der kongenitalen Nabelhernien der embryonalen Periode 1015.
Charles Perrin. Primäre und epileptische Demenzzustände 1003.
M. Perrin. Tuberkuloseübertragung durch verunreinigten Sand 983.
Marc Perrin. Wachstumshemmung des Dickdarmes 265 — Entwicklungshemmung des Dickdarms und des Endteiles des Dünndarms 1019.
Maurice Perrin. Kampfersalbe und Menthol 613.
Pierre-Antoine Perrin. Einfluß der Quecksilberdämpfe auf die Milchsekretion 9.
M. Perrin und **A. Remy.** Keuchhusten 977.
Pescher. Atmungsübungen 260 — Erziehung zur Atmung durch das Spiroskop 990.
H. Peterka. Behandlung der kindlichen Kniegelenkstuberkulose 716.
Felix Petermöller. Behandlung des Nabelschnurrestes 630.
Peters. Erblich-tuberkulöse Belastung und allgemeine Körperbeschaffenheit der Volksschulkinder 766 — Verschiedene Grade erblich tuberkulöser Belastung 983.
Ernst Peters. Eitrige Erkrankungen der Harnwege 734.
J. Peters. Verwertung der Milchergiebigkeit 661.
W. Peters. Vererbung intellektueller Fähigkeiten 821.

William Petersen. Atresie des Ösophagus 759.
Erich Petersilie. Milchversorgung auf dem Bahnwege 661.
F. Peterson. Sinnesempfindungen bei Neugeborenen 770.
Hugo A. Peterson, Walter J. Dodd und **Fritz B. Talbot.** Kalzinose 1005.
Hugo A. Peterson, Fritz B. Talbot und **Walter J. Dodd.** Experimenteller Skorbut und Röntgendiagnose des Skorbuts 1005.
Petit. Spätepilepsie und Geistesstörungen nach Schädeltrauma 805.
Gabriel Petit, Léon Marchand, Fayet und **Caziot.** Poliomyelitis acuta bei einer Stute 975.
P. Petit. Multiple Mißbildungen 759.
P. Petit und **A. Zuber.** Noma der Wange 647.
Petroff. Brüche am Unterende des Radius 752.
G. A. Petrone. Anaemia splenica infantilis 261 — Heilung Leishmannscher Anämie 261.
G. A. Petrone und **M. Lo Re.** Röntgentherapie bei Splenomegalie 267.
G. A. Petrone und **C. Vitalle.** Spasmophilie und Nebenschilddrüsen 249.
Petruschky. Entkeimung von Bazillenträgern 299.
Charles A. Pettavel. Degeneration der Thyreoidea-Epithelien 263.
Alfred Petterson, Wilhelm Wernstedt und **Carl Kling.** Heine-Medinsche Krankheit 638.
Pettit und **Martin.** Nephritis und Leberzirrhose bei Milchernährung 8.
Richard Petzold. Melaena neonatorum 969.
A. Peyron und **H. Marqués.** Röntgenbefunde bei Akromegalie 743.
A. Peyser. Ohren-, Nasen- und Halsleiden im Säuglingsalter 748.
C. Pezzi und **Ch. Laubry.** Kongenitale Erkrankung des rechten Herzens 719.
v. Pfaundler. Epileptiforme Krämpfe 133 — Frühinfantile, progressive Muskelatrophie 134 — Heine-Medinsche Krankheit 134, 137 — Buttermilch 340 — Kongenitale Elefantiasis mollis 930 — Partieller Pektoralisdefekt 930 — Schädelchlorom 930 — Tetanus 930.
Emil Pfeiffer. Eiweißfällungsverfahren 345.
H. Pfeiffer und **O. Albrecht.** Harntoxizität des Menschen bei verschiedenen Krankheitszuständen 790, 804.
Pfeiffer und **Bessau.** Serumtherapie des Typhus abdominalis 302.
Pfender. Barlowsche Krankheit bei Fütterung mit pasteurisierter Milch 742.
R. Pfister und **W. Lentze.** Trockensubstanz der Milch nach Fleischmannscher Formel 661.
B. Pfyl und **R. Turnau.** Herstellung von Milchserum 9, 623.
J. M. Mac Phail. Massage 198.
Jacques-Auguste Phélip. Osteomyelitis der langen Knochen 277 736.
Jacques-Auguste Phélip und **Salin.** Nierenepitheliom 1015.
Philbert, Wolfromm und **Ribadeau-Dumas.** Bronchopneumonie 260.
Philibert und **L. Ribadeau-Dumas.** Pneumokokken- und Tuberkuloseinfektion 716.
R. W. Philip. Tuberkulose im Kindesalter 372.
Friedrich Philipp. Differenzierung der Milcheiweißkörper 9.
E. Philippe. Wasserstoffsuperoxyd in Milch 661.
Ferdinand Philippi. Blennorrhoea neonatorum 747.
Paula Philippson. Entwicklung junger Säuglinge bei künstlicher Ernährung **157,** 961.
Phillips. Behandlung der chronischen Otorrhöe mittels postaurikulärer Drainage 748 — Ursache chronischen Fiebers bei Kindern 957.
C. H. Phillips. Isolierung bei Scharlach 485.
John Phillips. Massage bei der Behandlung verschiedener Störungen beim Kinde 613, 1017.
Sidney Phillips. Ulceration des Dünndarms 590, 730.
Phillips und **Lanaux.** Häufigkeit und Ursachen der Totgeburten 969.
Phillips und **Ruh.** Larynxangiom und Laryngitis 383.
A. Delle Piane. Blausucht infolge von Persistenz des Ductus arteriosus Botalli 720.

Ludwig Pick. Pathologische Anatomie des partiellen Riesenwuchses 1007.
J. Pick und **E. Jahnke.** Säuglingssterblichkeit 1022.
Felix Pielsticker. Behandlung des Mastdarmvorfalles **111,** 1015.
Felix Pielsticker und **Vogt.** Künstlicher Pneumothorax 309.
Gino Pieri. Faszienlappen bei der Operation der Spina bifida 759 — Transkutane Raffung des Rektums in der Behandlung des schweren Mastdarmvorfalles 1015.
Louis Pierra. Buttermilch als Nahrungsmittel 961.
Otto Piffl. Waldeyerscher Rachenring 725.
R. Pigache und **H. Béclère.** Rückbildung der Thymus durch Röntgenstrahlen 262.
J. Piket. Pantopon und Pantopon-Sirup in der Kinderpraxis 613.
Maurizio Pincherle. Wenig bekannte Veränderungen des Zungenrückens in der ersten Kindheit 730.
Oliviero Pini. Histologische Veränderungen des Knochengewebes bei kindlichen zerebralen Lähmungen 955.
Rudolf Pintner. Untersuchungen über die Aufmerksamkeitsformen der Kinder beim Lesen und Reagieren 1000.
Piorkowski. Yoghurttrockenpräparate 10.
K. Piotrowski. Seruminjektion bei Tetanus 177.
Pironneau. Säuglingstuberkulose 256, 716 — Pleuritische Ergüsse 260 — Tracheobronchialdrüsenerkrankung 262 — Durchfälle bei künstlicher Ernährung 619 — Bronchopneumonie 722 — Pneumonie 722 — Hypertrophische Pylorusstenose 730 — Geburtslähmungen 738 — Myxödematöser Zwergwuchs 1007.
Pierre Pironneau. Diarrhöe 244.
Pironneau und **G. Variot.** Kongenitale Debilität 630.
Clemens v. Pirquet. Boxstation der Wiener Kinderklinik 103 — Nachruf für Professor Kassowitz 609 — Demonstration eines Meßbandes 611 — Tafel zur Bestimmung von Wachstum und Ernährungszustand 619 — Atypisches Rubeolenexanthem 643, 939 — Bild der Masern auf der äußeren Haut 643, 875 — Lokales Sklerem 697, 745 — Luesähnliches Erythem 697, 745 — Diagnose und Klinik der kindlichen Tuberkulose 716 — Chlorom 725 — Krankheiten und Schwächezustand der Schuljugend 766 — Wiederkehr der Reaktionsfähigkeit auf Tuberkulin nach dem Verschwinden der Masernanergie 958.
Godfrey R. Pisek. Obskure hochfebrile Krankheitszustände im Kindesalter 956.
Godefrey Roger Pisek und **Leon T. Le Wald.** Pylorusstenose 201, 265.
Pistor. Organisation der Landeszentralen für Säuglingsschutz 186.
Pistre. Entstehung der adenoiden Vegetationen 725.
Robert L. Pitfield. Haemophili aneonatorum 208, 249.
W. P. Piwowaroff. Maligne Anämie parasitärer Provenienz 906.
Pla und **Azéma.** Zerebrospinalmeningitis 736.
Placak. Freiluftschulen in Cleveland 285.
Edwin H. Place. Diphtherie 256 — Gegenwärtige Sterblichkeit bei Diphtherie 977.
A. v. Planta. Klima der Hochalpen 184 — Kindliche Diathesen und alpines Hochgebirge 211.
B. P. B. Platenga. Rohe Milch als Säuglingsnahrung 10.
Platzhoff-Lejeune. Schule der Erziehungswissenschaften in Genf 766.
Plauchaud und **Ronda.** Frauenmilchfett 10.
Plauchu. Trockenmilch 619.
E. Plauchu und **P. Savy.** Benigne Tumoren der Plazenta 1015.
Franz Pleier. Tageslichtmessung in Schulen 766.
Heinrich Ploss. Kind in Brauch und Sitte der Völker 183.
Plummer und **Bartow.** Verwendung seidener Ligamente bei Gelenklähmungen nach Poliomyelitis 876.
H. Poda. P. Th. Müller, Karl Helle und **W. Prausnitz.** Schwankungen in der Zusammensetzung der Kuhmilch 6.

Poduschka. Tuberkulomuzin Weleminsky 480.
E. Poggio. Kindertetanie und Schilddrüsentherapie 1003.
Jean Poizier. Ossifikation des Knies beim Neugeborenen 609.
G. Poelchau. Säuglingspflege und Schule 283 — Bekämpfung der Masern durch die Schule 977.
C. Kingsley Pole und **John Granger.** Einschlußkörperchen bei Scharlach 252, 377.
L. Poleff. Bordett-Gengous Keuchhustenbazillus 614, 880.
Poljakoff. Nukleinsaures Natron bei Scharlach 295.
Richard Pollak. Diphtherie nach Durchstechen der Ohrläppchen 875, 977.
Rudolf Pollak. Tuberkuloseimmunität 533.
C. Pollini. Histogenese der parenchymatösen Nephritis 734.
L. Pollini. Kindertetanie und Epithelkörperchen 631.
Hanns Pollitzer. Chondroiturie und fakultative Albuminurie 211 — Durch Esigsäure fällbare Eiweißkörper bei orthostatischer Albuminurie 211.
Lewis J. Pollock und **Earl B. Jewell.** Verfahren der Muskelgruppenisolierung zur Behandlung spastischer und athetoider Zustände 738.
Larissa Polonsky. Pneumokokken-Peritonitis 265.
Antonin Poncet und **René Leriche.** Arthritismus 970.
Constant Ponder. Technik des Diphtheriebazillennachweises 426.
Fritz Poensgen. Wechselbeziehungen zwischen Thymus, Schilddrüse und lymphatischem System 993.
M. Ponticaccia. Jodtinktur bei Typhus 256 — Amyotrophia progressiva 271 — Urämie 999.
E. Popper. Prophylaxe der Poliomyelitis acuta 643.
G. Poppi. Frühdiagnose der Syphilis in den Findelhäusern 987.
René Porak. Lungenkomplikationen des Scharlachs 256 — Hämorrhagische Bronchopneumonie 260 — Serumtherapie bei Diphtherielähmung 298.
R. Porak, H. Claude und **A. Baudouin.** Hypophysäre Glykosurie 651.
Pietro Porcelli. Ätiologie der Pertussis 977.
Ch. Porcher. Trockenmilch 619, 964.
P. Porges und **W. Lier.** Dermatosen und Anazidität 874.
Langley Porter. Pankreasinsuffizienz 912, 997.
J. Porter-Parkinson. Diagnostische Schwierigkeiten bei Kinderkrankheiten 957.
Portes. Hafermehl 961.
William Campbell Posey. Entzündung des orbitalen Zellgewebes 748.
Post. Verhütung der Blindheit 747.
K. Potpeschnigg. Krankenmaterial des k. k. Seelazaretts bei Triest 852.
Francis Marion Pottenger. Beziehung zwischen Infektion des Kindes und klinischer Tuberkulose des Erwachsenen 716.
Lena R. Potter. Einfluß des Bacillus bulgaricus und der Milchsäurebazillen auf den Typhusbazillus 10.
Palmer A. Potter. Ödem 259.
B. George Poetzsch. Serumbehandlung der Diphtherie 256.
Paul Poetschke. Milch 10 — Chlorgehalt der Milch 964.
E. Poucel. Wirksamkeit frühzeitigen Eingriffs bei Pottschem Lumbalabszeß 752.
Kr. Poulsen. Multiple mesenteriale Chyluszysten 730.
E. Poulsson. Lehrbuch der Pharmakologie 467.
Poursin. Hämatemese beim Neugeborenen 630.
Yvonne Pouzin. Empyem durch Pneumokokken 990.
D'Arcy Power und **Gerald S. Hughes.** Akute unreponierbare Darminvagination 264.
D'Arcy Power. Athletensport 763.
F. J. Poynton. Rheumatismus 155, 790, 977 — Ikterus 591 — Gelbsucht 731 — Herzaffektionen im Kindesalter 988 — Verhütung der Herzkrankheiten 988 — Vorzeitige Entwicklung 959 — Doppelseitige Halsrippe 1019.
F. J. Poynton und **Alexander Paine.** Ätiologie der Appendizitis 437.
P. Prachler. Ambulante operative Behandlung der Leisten- und Nabelbrüche 752.

Prager-Heinrich. Vaginale Behandlung mit Xerase 303.
D. Prat und **B. Nieto.** Darmokklusion durch Meckelsches Divertikel 729.
U. Pratolongo. Milch 10.
Josephine S. Pratt. Typhus exanthematicus 642.
W. Prausnitz, P. Th. Müller, Karl Helle und **H. Poda.** Schwankungen in der Zusammensetzung der Kuhmilch 6.
Kornel Preisich. Ätiologie des Scharlachs 977.
Richard Preiswerk. Osteogenesis imperfecta 272.
Lina Prengel. Geistige Entwicklung eines dreijährigen Knabens 740.
A. Prèves. Humerusfrakturen 170.
E. Pribram und **E. Mayerhofer.** Konservierte Frauenmilch 8,314.
F. C. Pridham. Varizellen während des intrauterinen Lebens 977.
John Priestley. Häufigkeit der Tuberkulose während des Schullebens 983 — Behandlung der Kinder mit Würmern 1008.
Pringsheim, Bessau und **Schwenke,** Wiederholung lokaler Tuberkulinreaktionen 532.
Eric Pritchard. Stillen 244 — Leibschmerzen im Säuglingsalter 611 — Ökonomische Verwendung der Trockenmilch und der Nährmittel in der Säuglingsernährung 961 — Wärmeregulationsvorgänge 966 — Tuberkulose bei Kindern 983 — Zwei ungewöhnliche Fälle von infantilem Skorbut 1005.
Edward Lewis Prizer, Lucas und **William Palmer.** Masern bei Affen 642.
St. Progulski. Influenzaähnliche Bazillen 175.
Frederick Proescher. Poliomyelitis und Variola 876, 977.
Gregor Proschkin. Sporadische Poliomyelitis 256.
Felix Proskauer. Berliner Säuglingsfürsorge 283.
P. R. Prudhomme. Kongenitales Fehlen des Femur 1019.
Halina Przedpelska. Nasendiphtherie 256.
B. Przewalsky. Maximaldehnung des Mastdarms als frühes Symptom bei Appendizitis acuta septica 730.
Puckett. Darmerkrankungen der Kinder 730.
I. Pujador. Benzinlicht bei der Diagnose der Meningitis granulosa 612 — Benzintaschenfeuerzeug in der Diagnose der tuberkulösen Meningitis und anderer Kinderkrankheiten 983.
W. Pulawski. Behandlung der Diphtherie mit spezifischem Serum 172 — Venenthrombose mit Septikopyämie 173.
Richard Puppel. Streptokokken in Milch und Säuglingsstuhl 10.
L. Pussep. Operative Behandlung des Hydrocephalus internus 168 — Hydrocephalus internus 271 — Operative Behandlung spastischer Lähmungen 833.
H. Putzig. Behandlung des Pylorospasmus 148, 590 — Pylorussondierung bei Pylorospasmus 691.
A. Puyhaubert. Ossifikation der Extremitätenknochen 611, 955.
Pouis Py. Kinderpflege in Frankreich 763.
L. Pyan und **Guérin-Valmale.** Doppelseitige Orchitis 998.

F. de Quervain. Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose 716.
Quintrie und **Brandeis.** Galaktoxalie und Ernährungsstörungen 959.

Raabe. Milchlose Kost bei Spasmophilie 314.
Fr. van Raalte. Zeichnungen von Kindern und ihre Beziehungen zur Psychopathologie 740.
A. van Raalte und **A. Fr. J. Lichtenbelt.** Refraktion der nicht flüchtigen Fettsäuren der Butter 10.
Dina Rabinowitsch. Leukozyten gesunder Kinder 145, 238.
Egon Rach. Inspiratorischer Stridor congenitus 260 — Angeborener inspiratorischer Stridor thymicus 325 — Endothorakale Senkungsabszesse 539 — Verruköses Bromexanthem 698 — Röntgendiagnostik der Lungentuberkulose 716 — Tuberkulöses Bromexanthem 716 — Umfangreicher Lungenherd mit eigentümlichem, körnigem Kalkgerüst 722, 940.
E. Rach und **Ernst Mayerhofer.** Pylorospasmus 729, 938.

Benjamin Knox Rachford. Akute katarrhalische Bronchitis 260.
E. Rachmilewitsch. Hautreaktionen bei exsudativer Diathese 249, 417.
Raecke. Antisoziale Handlungen epileptischer Kinder 1004.
J. Raczynski. Querer Luftröhrenschnitt bei Larynxkrupp 175.
James Rae. Chronischer interner Hydrozephalus 915, 1003.
Giovanni Raffaelli. Anaemia splenica 724 — Menstruatio praecox 734.
A. Banks Raffle. Schulschluß bei Masern 160.
Otto Rahn. Gärleistung von Bacterium lactis acidi 10.
Raillet. Laryngospasmus nach intranasaler Einträufelung von resorzinhaltigem Öl 748.
Raphael Raimondi. Institut de puériculture 1023.
A. Rakoczy. Pepsinchymosinfrage 662.
O. Rammstedt. Hygienisch einwandfreie Kuhmilch 10 — Milchfettbestimmung 10.
C. Rammstedt. Pylorusstenose 265.
Charles Randolph. Epidemischer Ikterus 731.
G. Ranft und **G. Heuser.** Reichert-Meißlsche Zahl 6.
Ranke. Schulärzte in München 107.
Joseph Ransohoff. Akute perforierende Sigmoiditis 996.
Venetian Ratner. Elektrokardiogramm bei angeborenen Herzfehlern 720.
Hugo Raubitschek. Nierengeschwulst bei Hermaphroditen 267.
F. Rauch und **G. Fairise.** Hämorrhagische tuberkulöse Meningitis 981.
F. Rauch und **Reichmann.** Meningitis tuberculosa 902.
R. W. Raudnitz. Fazialisphänomen 510 — Psychologische Experimente 545 — Frauenkurse über Säuglings- und Kinderpflege 1023.
Maurice Rault. Paroxystische Hämoglobinurie 267.
Hermann Rautmann. Fötale allgemeine Wassersucht 85, 720.
Mazyck P. Ravenel und **W. T. Lorenz.** Behandlung der Diphtheriebazillenträger mit Staphylokokkenspray 92, 639.
A. Ravenna. Subakute Poliomyelitis 643.
Ferruccio Ravenna. Achondroplasie 1007.
Raventos, Roig und **J. Marimon.** Pleuritis purulenta 722.
L. Bathe Rawling. Zwei operierte Fälle von Halsrippen 1019.
Raynand, Ardin-Delteil und **Coudray.** Spondylitis bei Typhus 381.
A. G. L. Reade und **F. G. Caley.** Radiographie der Tuberkulose 420 — Röntgenstrahlen in der Diagnostik der Tuberkulose 716.
Mario Reano. Masern 256 — Pleuritis 990 — Pseudoaszites 996.
J. Rebattu und **A. Cade.** Einteilung der Dextrokardien 718.
Stefano Rebaudi. Aortitis bei kongenital-syphilitischen Kindern 650.
Reber. Synpneumonisches Empyem 722.
H. Recken. Intrakranieller Bluterguß bei Otitis media acuta 786.
Recktenwald. Familiäre Myoklonie 792.
P. Reckzeh. Verhalten des Blutes nach totaler und partieller Entfernung der Schilddrüse 994.
Paul Reclus. Angeborene Rektumverengerung 759.
Francis Reder. Diagnostisches Zeichen bei der Rektalpalpation in unklaren Appendizitisfällen 730.
E. Redlich. Epilepsie und Linkshändigkeit 805 — Klinische Stellung der sogenannten genuinen Epilepsie 805.
E. Redlich und **Binswanger.** Genuine Epilepsie 185.
N. Gregory Redmond. Milch 10 — Intestinale Toxämie 730.
Edmund Redslob. Volksschule und Auge 766.
Cl. Regaud und **R. Crémieu.** Involution der Thymus durch Röntgenstrahlen 727.
F. Regnault. Skelett eines Fötus bei periostaler Dysplasie 741.
Paul Reglus. Verengerung des Mastdarmes 265.
Max Reh. Bronchialdiphtherie 643.
Max Reh und **Méroz.** Pseudo-Diphtheriebazillen und Otitis 226, 274.
O. Rehm. Ernährungsversuche mit vegetarischer Kost an Ikte-

schen Kindern 805 — Größe und Gewicht geisteskranker Kinder 829 — Syphilisätiologie bei idiotischen, schwachsinnigen und psychopathischen Kindern 829.
Josef Reich. Gelbfärbung der Zerebrospinalflüssigkeit 878.
Reiche. Schwere Verdauungsinsuffizienz 690.
Adalbert Reiche. Einfluß von Morphiumgaben auf den Hundefötus und den säugenden Hund 10, 70 — Rachitis 744 — Orthopädisch-chirurgische Behandlung der Lähmungen 1017.
F. Reiche. Behringsche Antitoxinbehandlung der Diphtherie 643 — Mit Behringschem Serum behandelte Diphtheriefälle 643 — Rezidive bei Diphtherie 643 — Diphtherie und soziale Lage 977 — Herpes facialis bei Diphtherie 977 — Reinfektionen mit Diphtherie 977.
F. Reiche und **W. H. Leede.** Diphtheriestation 643.
John Reichel, Courtöand Y. White und **Alfred Hand.** Hydrophobie 1002.
Max Reichmann. Kongenitaler Defekt beider Schlüsselbeine 279.
Max Reichmann und **Rauch.** Meningitis tuberculosa 902.
Douglas G. Reid. Darm und Peritoneum des menschlichen Fötus 967.
N. K. Reika. Filmaron 154.
Elisabeth Reikine. Kongenitaler Ulnadefekt 759.
Hans Reimer. Myatonia congenita 916, 1000.
Reinach. Ätiologie der Melaena neonatorum 335 — Hufeisenniere 335 — Errichtung von Säuglingspflegematerial und Wäschedepots 927 — Eitrige Thrombophlebitis der Nabelvene 933 — Thromboarteriitis des proximalen Teiles der linken Nabelarterie 933 — Noduläre Enteritis des Dünn- und Dickdarms 934.
Adolf Reinhardt und **Hans Gerhard Creutzfeldt.** Akromegalie 744, 994.
Edwin Reinhardt. Arsentherapie bei Anämien 991.
A. Reiss. Hämoglobinurie paroxysmalis 875.
Emil Reiss. Refraktometrische Blutuntersuchung 469 — Behandlung des Scharlachs mit Rekonvaleszentenserum 643.
Fritz Reiss. Hernia diaphragmatica congenita 752.
Reiss und **Jungmann.** Rekonvaleszentenserum bei Scharlach 295.
Reiter. Salvarsan und Antikörperbildung 163.
Alexander Remus. Ätiologie der Chorea minor 738.
A. Rémy. Diarrhöe 244 — Dauer der Darmpassage 619 — Scharlachrückkehrfälle 977.
A. Rémy und **G. Fairise.** Angeborener Kropf 627, 994 — Tuberkulöse hämorrhagische Nephritis 981.
A. Rémy und **Haushalter.** Meningitisstatistik der Kinderklinik Nancy 974 — Chronische Lungentuberkulose 982.
A. Rémy und **M. Perrin.** Keuchhusten 977.
Jules Renault. Pyopneumothorax und pleurales Plätschergeräusch 260 — Myelitis nach Typhus 643 — Serumbehandlung des Tetanus 643.
Jules Renault und **André Cain.** Lymphadenome der Tonsillen 262.
Jules Renault und **Pierre-Paul Lévy.** Myelitis metatayphica 643 — Kernigsches Symptom und Kontraktur bei meningealen Affektionen 738.
Ambroise Rendu. Kälteindustrie in der Milchwirtschaft 623.
Robert Rendu. Behandlung der Diphtherie mit Hitze 256 — Heißluftinhalationen bei Diphtherie 643.
R. Rendu und **Chatin.** Spondylitis typhosa 634.
Marie René und **Rouèche.** Hämoglobinurie 734.
G. Repaci. Erblichkeit der Tuberkulose 983.
E. H. A. J. Repellin. Essentielles Anasarka 259.
Karl Retzlaff. Alimentäre Lävulosurie und Galaktosurie 966.
Mark S. Reuben. Schwachsinn 741 — Säuglingssterblichkeit 763.
M. S. Reubner. Schwachsinn 829.
Reuda. Behandlung der Diphtherie durch Hitze 298.
A. v. Reuss. Bedeutung der Unterernährung 10, 73.
Friedrich v. Reuss. Anstaltsbehandlung der Hysterie 96.

L. Revillet. Behandlung der Kindertuberkulose durch Seebäder und Insolation 256, 716 — Kindertuberkulose auf dem Lande 716.
Cecil Revis. Milch 10.
J. H. Rey. Medikamentöse Behandlung der Kindertuberkulose und des Keuchhustens 903, 983.
P. Reyher. Beziehungen der orthotischen Albuminurie zur Tuberkulose **82,** 983 — Bemerkenswerte Ossifikationsbefunde an den Händen bei fötaler Chondrodystrophie 1007.
Gaston Reynier. Laktation außerhalb der Wöchnerinnenzeit 246 — Anomalien der Milchsekretion 619.
J. H. O. Reys. Kongenitaler Wirbeldefekt 759.
John W. Rhein. Tuberkulöse Meningitis 716.
Rheindorf. Wurmfortansatzentzündung ex oxyure 730.
Rhenter und **Fabre.** Wegnersches Zeichen bei Autopsien an Neugeborenen 968.
Rhese. Keilbeinhöhlenmukozele 748.
Clarence A. Rhodes. Mehr Interesse für Pädiatrie 609.
L. Ribadeau-Dumas. Initiallokalisation der Lungentuberkulose 256 — Ernährungsstörungen und Eiweißmilch 619, 662 — Primäre Lokalisation der Lungentuberkulose 716.
L. Ribadeau-Dumas und **Albert Weil.** Radiologische Diagnostik der Granulie 239 — Röntgendiagnose der Miliartuberkulose 716.
L. Ribadeau-Dumas, Albert-Weil und **Maingnot.** Radiologisches Studium der Lungentuberkulose 256, 983.
L. Ribadeau-Dumas, Albert-Weil und **Samet.** Radiographie und Radiotherapie der Mediastinalerkrankungen 992.
L. Ribadeau-Dumas und **Boncompain.** Pylorusstenose mit Muskelhypertrophie 730.
L. Ribadeau-Dumas und **L. Decloux.** Röntgendiagnose der miliaren Lungentuberkulose 652.
L. Ribadeau-Dumas und **Robert Debré.** Lungentuberkulose 716.
L. Ribadeau-Dumas, Robert Debré und **Wolfromm.** Meningitis beim Säugling 271.
L. Ribadeau-Dumas und **G. Lévi-Franckel.** Perforiertes Duodenalulkus 265.
L. Ribadeau-Dumas, Robert Debré und **Wolfromm.** Fulminante Meningitis 1004.
L. Ribadeau-Dumas und **Netter.** Poliomyelitis mit choreiformen Symptomen 976.
L. Ribadeau-Dumas, Philbert und **Wolfromm.** Bronchopneumonie 260.
L. Ribadeau-Dumas und **Philbert.** Pneumokokken- und Tuberkuloseinfektion 716.
Hugo Ribbert. Bedeutung der Krankheiten für die Entwicklung der Menschheit 140 — Rachitis 153 — Entwicklungsstörung der Thymusdrüse bei kongenitaler Lues 650.
Rice. Pellagra 742.
Edward Antoine Rich. Atrophische Form der Littleschen Krankheit 9, 739, 796.
J. H. Richards. Durch Operation geheilter Naberschnurbruch752.
F. W. Richardson. Behandlung von Larynxstenose nach Diphtherie 643.
F. W. Richardson und **Wm. Keighley Walton.** Milch 662.
J. A. Riche und **Graham Lusk.** Tierische Kalorimetrie 626.
Richet fils und **Ed. Lesné.** Alimentäre Anaphylaxie gegen Eier 240, 364.
Charles Richet fils. Enteritis 619.
Richet fils, Laroche und **St. Girons.** Milchanaphylaxie 7.
H. Droop Richmond. Milch 10.
H. Droop Richmond und **Horace C. Huish.** Milch 10.
E. Richter. Spinalaffektion bei letaler Anämie 724.
Otto Richter. Wechselbeziehungen zwischen Verseifungszahl, Jodzahl und Refraktometerzahl der Fette und Öle 662.
Riedel. Behandlung des Gelenkrheumatismus 301.
Karol Rieder. Ausscheidung von Urotropin in der Frauenmilch 10.
Robert Riehl. Urticaria pigmentosa 987.
David Riesmann. Lobäre Form der Bronchopneumonie 990.

Gustav Riether. Landes-Zentralkinderheim in Wien 283.
Hans Rietschel. Bronchotetanie, Bronchialasthma und asthmatische Bronchitis **261,** 990 — Epistaxis 308 — Sommerhitze und Säuglingssterblichkeit 619, 861 — Inanition und Zuckerausscheidung 627.
Rievel. Guajaktinturprobe zur Unterscheidung roher und erhitzter Milch 10.
E. Rindfleisch. Status thymolymphaticus und Salvarsan 417, 844.
Ripart, de Martel und **Guinon.** Hirntumoren 1013.
Hans Risel. Säuglingssterblichkeit und Mortalität der Infektionskrankheiten 283.
H. **Risel** und **F. Schmitz.** Stillprämien 102, 283.
Wilhelm Risel. Persistenz des Canalis neurentiricus bei Rachischisis anterior 759.
E. Rist. Initiallokalisationen der Lungentuberkulose 256, 716 — Chlorose der jungen Mädchen und Oligosiderämie der kleinen Kinder 724.
E. Rist und **M. d'Oelsnitz.** Umschriebene primäre käsige Lungentuberkulose 983.
Gottfried v. Ritter. Klinische Verwendbarkeit der Azetonreaktion 239, 842.
John Ritter. Pathogenese der sekundären oder Drüsenform der kindlichen Tuberkulose 983.
Julius Ritter. Säuglingskrankenhaus Berlin-Weissensee 283 — Frauenmilchernährung 534.
E. Rittershaus. Frühsymptome der Dementia praecox 827.
B. B. Rivière. Eingeklemmte Inguinalhernie 752.
Dujarric de la Rivière. Meningitis durch Pseudomeningokokken und durch Parameningokokken 643.
Walter W. Roach. Freiluftschulen für gesunde Kinder 1025.
Giuseppe Roasenda. Innervation des Orbicularis palpebr. 779.
C. P. Robbins. Pathologische Befunde im Säuglingsstuhl 627 — Semiotische Bedeutung pathologischer Befunde im Säuglingsstuhl 966.
T. Brailsford Robertson. Hydrolyse des Kaseins 10.
T. Brailsford Robertson und **Frederik G. Gay.** Eigenschaften des Paranukleins 4 — Spaltungsprodukte des Kaseins 4.
R. Robinson. Genitaldrüsen und Zahnsystem 1008.
R. Robinson, G. Cauby und **George Draper.** Wirkung der Vagusreizung auf das Herz 82.
W. M. Robson. Henochsche Purpura 1008.
W. M. Robson und **N. B. Odgers.** Polyarthritis infolge kongenitaler Syphilis 987 — Kongenitales Fehlen der Tibia und andere Deformitäten 1019.
Rocaz. Organotherapie der Ekzeme 316.
Giulio Rocchi-Burlamacchi. Azotämie 966.
M. Roch und **E. Cottin.** Atropin in der Diagnose meningealer und zerebraler Zustände 786.
Rochaix und **Courmont.** Vakzinetherapie des Typhus 302.
H. L. Rocher. Symmetrische Epiphysenlösung des unteren Endes der Vorderarmknochen 650 — Fraktur des Handgelenkes 752 — Multiple osteogene Exostosen 752 — Traumatische Epiphysenlösung 752 — Coxa vara infektiösen Ursprungs 755 — Kongenitale Pronation durch Dysplasie des radiokubitalen Gelenkes 759 — Diaphysentuberkulose des rechten und linken Radius 983.
H. L. Rocher und **Jean Ferron.** Nierentuberkulose 716.
X. Rocques. Milch 10.
Antonio Rodella. Putrid-toxische Darmprozesse 265.
Hans Röder. Einfluß der Bewegung auf die Entwicklung 619 — Kindermilch im Hause 623.
Carle Roederer. Mißbildung der Vorderarme 279 — Schlotterndes Hüftgelenk infolge Epiphysenentzündung 755.
Carle Roederer und **Albert-Weil.** Abszeß bei Pottscher Krankheit 277.
C. Roederer und **L. Babonneix.** Friedreichsche Krankheit 269.
Carle Roederer und **Savarlaud.** Pottsche Krankheit 1015.
Carle Roederer und **Léon Tixier.** Dystrophia osteo-muscularis mit Zwergwuchs 272.

Berthe Rogatchevsky-Orloff. Kongenitale Hydrophthalmie 274.
H. Roger und **J. Baumel.** Kopfschmerz bei akuten Infektionskrankheiten 643.
L. A. Rogers und **Broke J. Davis.** Milch 662.
Mark H. Rogers. Pathologie der Typhoid spine 643.
Artur Rogowski. Bekämpfung von Diphtherie und Scharlach in Großstädten 644.
Herman Rohleder. Geburtenrückgang 763.
P. Rohmer. Diphtherieherztod 91, 378 — Tracheotomia transversa 230, 298 — Kindliche Tuberkulose 984.
Roig, Raventos und **J. Marimon.** Pleuritis purulenta 722.
Schlioma Roismann. Ausdehnung der kindlichen Harnblase mit gleichzeitigem Aszites als Geburtshindernis 734.
Louis Rol und **Paul Sainton.** Polyglanduläre Symptome 1005.
F. Rolffs, G. Tugendreich und **W. Birk.** Öffentlicher Kinderschutz 184.
William Rolland. Ektopie des Herzens 988.
J. D. Rolleston. Diphtherie des Ösophagus 157, 896, 977 — Blutdruck bei Scharlach 257, 376, 724 — Gangränöse Angina 262 — Tödliche Blutung nach Diphtherie 379 — Anatomie von Niere und Ureter 591 — Diphtherische Lähmungen 644, 845 — Behandlung der Diphtheriebazillenträger mit Bouillonkulturen des Staphylococcus pyog. aur. 896, 977 — Tödliche Hämorrhagie vom Larynx ausgehend 992.
J. D. Rolleston und **J. B. Molony.** Purpura 152.
Rollet und **Genet.** Familiärer angeborener Katarakt 1009.
Humbert Rollett. Intrauterine miliare Tuberkulose 984.
Rolly. Serumtherapie bei Diphtherie 298.
Ernst Romberg. Digitalis 360.
Hermann Römer. Rostocker Kostkinder 1023.
Paul H. Römer. Schardingerreaktion der Kuhmilch 10.
Paul H. Römer und **Paul Viereck.** Behandlung und Wesen der Diphtherielähmung 977.
Rommel. Versorgung luetischer Pflegekinder 130.
Ronda und **Plauchaud.** Frauenmilchfett 10.
Aleino Rongel. Tuberkulose und Asthma 257, 372.
G. Ronzoni. Verbreitung der Tuberkulose in der ersten Kindheit 984.
Edvin Roos. Adenoide Vegetationen 604.
Root. Ärztliche Schulaufsicht 767.
Isabel R. Rosanoff und **Eastmann.** Assoziationsvermögen schwachsinniger und delinquenter Kinder 167.
Isabel R. Rosanoff und **A. J. Rosanoff.** Assoziation bei Kindern 740.
Erich Roeschke. Doppelseitiger Radiusdefekt 279.
C. Röse. Einwirkung der Kalksalze auf Ausscheidung und Zusammensetzung des Harns 966.
Samuel F. Rose. Zahnbehandlung 151.
M. J. Rosenau. Poliomyelitisübertragung 644, 876.
M. J. Rosenau und **Edwin Henry Schorer.** Wirksamkeit der Milchpasteurisierungsverfahren 623.
J. F. Rosenbach. Tuberkulin Rosenbach bei chirurgischer Tuberkulose 221, 305.
O. Rosenberg. Pachymeningitis haemorrhagica interna 505 — Komplette periphere Fazialislähmung 695, 739.
Leonhard Rosenfeld. Kosten der Krüppelfürsorge 763 — Bekämpfung der Rachitis als Forderung der offenen Krüppelfürsorge 1017.
M. Rosenfeldt. Juvenile Paralyse 739.
Rosenhauch. Konjunktivitis Perinand 402.
Heinrich Rosenhaupt. Frankfurter Verband für Säuglingsfürsorge 283 — Säuglingspflege als Lehrgegenstand 284 — Sommersterblichkeit in Frankfurt am Main 284 — Nervöses Erbrechen 332 — Therapie des nervösen Erbrechens 492 — Medikamentöse Behandlung des nervösen Erbrechens 620.
E. C. Rosenow. Streptokokken der Milch und der epidemischen Halsentzündung 246, 570.

Ina Rosenquist. Tuberkulinuntersuchungen in Helsingfors 952.
J. Rosenstern. Hunger und Ernährungstechnik 200 — Hunger im Säuglingsalter 244 — Debilitas congenita und spasmophile Diathese 630 — Spasmophile Diathese 631.
Max Rosenthal. Mutterschutz und Sexualreform 464.
E. Rösle. Statistik des Geburtenrückganges 1023.
E. Athole Ross. Meningitis 440, 644 — Hernie 752.
Allen Ross-Dieffendorf. Psychose bei Chorea 789.
Heinrich Rössing. Deformitäten der Nase 748.
E. Rossiwall. Vakzineübertragung auf die Analgegend 765, 940.
Gertrude D. R. Rostock. Säureintoxikation 624, 627.
Thomas Morgan Rotch. Ösophagealverschluß 996.
Franz Roth. Multiple Kernläsionen im Rautenhirn 699, 739.
O. Roth. Angeborener hämolytischer Ikterus 731.
Carl Rother. Postdiphtherische Abduzenslähmungen 644.
Rothfeld. Beschaffenheit der Schulluft 767.
Rothschild. Bekämpfung beginnender Verwahrlosung 818.
Hans Rotky. Bestimmung des Diastasegehaltes der Fäzes 966.
F. Rott. Ernährungstechnik frühgeborener Säuglinge 73 — Gesetzliche Regelung des Krippenwesens 284 — Konstituierende Mitgliederversammlung des deutschen Krippenverbandes 1017 — Entwicklung und gegenwärtiger Stand der Stillbeihilfen in Deutschland 1023 — Kinder außerhäuslich erwerbtätiger Ehefrauen 1023 — Organisation eines deutschen Krippenverbandes 1024.
F. Rott, F. Edelstein und **L. Langstein.** Nährwert des Kolostrums 618, 661.
Rotter und **Siegrist.** Hydrophthalmus congenitus 402.
A. P. Ch. Roubaud. Hautgangrän bei Typhus 977.
Ch. Roubier, A. Cade und **J. F. Martin.** Stenosen ohne Neubildung des Colon sigmoideum 995.
Jacques Roubinowitch. Verfolgungswahn 739, 1004 — Fürsorge für schwachbegabte und schwer erziehbare Kinder 1000.
Jacques Roubinowitch und **Barbé.** Pyramidenbündel bei Epilepsie mit doppelseitigem Babinskischen Phänomen 739.
Rudolf Roubitschek. Alimentäre Galaktosurie bei experimenteller Phosphorvergiftung 627.
H. Rouèche. Verlaufsanomalie der Masern 257 — Behandlung und Prophylaxe der Masern 977 — Behandlung der kindlichen Pneumonie 990.
H. Rouèche, und **Marie René.** Hämoglobinurie 734, 998.
H. Rouèche, Sorel und **P. Clément.** Wiederholung des Scharlach 972.
P. Roufflac und **E. Joltrain.** Meningeales Syndrom vom Typus der Poliomyelitis 1003.
E. W. Roughton. Inguinalhernie 231.
Rousseau-Saint-Philippe. Diagnose des Schreiens 239 — Nährmehle 244 — Wirkung des Ipecacuanhas bei gewissen hartnäckigen Verdauungsstörungen 620.
H. Rousselot. Kongenitale Dilatation des Dickdarmes 265 — Rudimentäre Pneumonie mit typhusroseolaähnlichen Flecken 722.
H. Rousselot und **H. Grenet.** Muskeldystrophie 270.
H. Rousselot, Lavialle und **Variot.** Saccharose bei Dypsepsie 244 — Veränderung der Milch durch Überzuckerung 247.
H. Rousselot und **Variot.** Pleurales Plätschergeräusch 260.
H. Rousselot, Variot und **Lavialle.** Kondensierte Milch 247.
M. J. Rouvier. Erysipel beim Neugeborenen 644.
H. L. Rouvière und **L. Houdard.** Lymphbahnen des oberen Endes der Tibia 955.
E. Roux. Beckenabszeß nach Arthritis des Hüftgelenkes 277 — Behandlung des Keuchhustens 644.
Emile Roux. Chronische Albuminurien 999 — Resistenzfähigkeit der Leukozyten bei der kindlichen Albuminurie 999.
Etienne Roux. Nephritis bei Purpura 267.
G. Rovere. Antitrypsin im Blutserum 238 — Eiweißkonzentra-

tion des Blutserums bei Magendarmerkrankungen 961.
L. T. Royster. Sommerdiarrhöe 103, 620 — Unternormales Schulkind 741, 1025 — Schule und Eugenie 1025.
Henryka Rozenblat. Kutane Tuberkulinreaktion 717.
Rübel. Kongenital-familiäre Flachheit der Kornea 402.
Rubert. Phlyktänuläre Augenentzündung 402.
J. C. Rubin. Hämorrhagische Diathese 321.
J. C. Rubin. und **J. S. Leopold.** Gonorrhoische Vulvovaginitis 388, 999.
Karl v. Ruck. Schutzimpfung gegen Tuberkulose 90 — Prophylaktische Immunisierung gegen Tuberkulose 717.
Rucker. Natur und Verhütung des Keuchhustens 644.
Gustav F. Ruediger. Streptokokken der Milch 10.
Stefan Rudzki und **Kasimir Dluski.** Klinische Bedeutung der Moroschen Tuberkulinreaktion 652.
E. Ruge. Erworbene Mastdarmstrikturen 590.
Luigi Maria Ruggieri. Friedreichsche Krankheit 1004.
Ruh und **Phillips.** Larynxangiom und Laryngitis 383.
John Ruhräh. Halsentzündung mit Anschwellung der zervikalen Lymphdrüsen 223, 644.
Ludwig Ruland. Findelhaus 1024.
Wilh. Ruland. Darmverschluß durch Askariden 730.
Harry Rullson. Säuglingsernährung 962.
W. Rullmann. Schardingerreaktion der Kuhmilch 623, 662.
Rulot und **van Duysse.** Prophylaxe des Trachoms 1009.
F. D. Rumjanzeff. Diazoreaktion 156.
Philipp Rupp. Milch 662.
Philipp Rupp und **A. Müller.** Gottlieb-Rösesche Fettbestimmung der Milch 10.
I. Russakow. Scharlachvakzin 160.
A. W. Russell. Antityphusimpfung 644.
A. W. Russell und **Alex. Mills Kennedy.** Teratom der Schilddrüse 727.
L. Rütimeyer. Diagnostische Behandlung der Fermenterkrankungen 11.
P. Rutkowsky. Scharlachserum 160.
J. D. Ruys und **Ross van Lennep.** Milch 7.
Ryan. Wichtigkeit der Laboratoriumsuntersuchungen bei Kindern 966.
J. H. Ryffel und **N. Muteh.** Stoffwechsel bei rektaler Ernährung 248.
Rygier. Artrigonbehandlung 303.

E. Saalfeld. Histopin 875.
Viktor Saalmann. Spina bifida 277, 759.
Pietro Sabella. Parotitis als Komplikation der Chorea 644.
Bertha Sabin. Profetasches Gesetz 650 — Wassermannsche Reaktion bei postkonzeptioneller Spätsyphilis 987.
J. Sabrazès und **R. Dupérié.** Pathologisch-anatomisches und mikroskopisches Studium der hereditären Syphilis 987.
J. Sabrazès, P. Lande und **L. Muratet.** Leichenblut des Fötus, Neugeborenen und Kindes in forensischer Beziehung 1021.
J. Sabrazès, E. Loumeau und **L. Muratet.** Nierenechinokokkus 254.
Sachs. Akute, transversale Myelitis durch Poliomyelitisgift 194.
P. de Sagher. Krankheit 244 — Säuglingsfürsorge 1024.
H. Sahli. Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden 141.
Fr. Saint-Girons. Diarrhöe durch bakterielle oder toxische Ausscheidung 620.
Fr. Saint-Girons, A. B. Marfan und **H. Dorlencourt.** Mineralverluste durch die Stühle bei Athrepsie 966.
Fr. Saint-Girons, Marfan und **P. J. Ménard.** Peroxydase in pathologischer Flüssigkeit 359, 957.
Fr. Saint-Girons und **Nobécourt.** Pleuritis purulenta der rechten Spitze durch Pneumokokken 721.
Paul Sainton und **Louis Rol.** Polyglanduläre Symptome 1005.
Saint-Tara. Anasarka 259.
Saltzeff und **Grauermann.** Säuglingsfürsorge in Moskau 282.
A. Salerai. Spastische primäre Paraplegie 781.
B. Salge. Salzsäure im Säuglingsmagen 11, 77 — Einführung in die moderne Kinderheilkunde 607 — Physikalische und physi-

kalisch-chemische Forschungen 611 — Stellung der Ärzte in der Säuglingsfürsorge 1024.
H. Salin und **F. D'Allaines.** Meningitis durch Tuberkelbazillen und Pseudomeningokokken 644.
Henry Salin und **Jean Hallé.** Maligner Mediastinaltumor 750.
H. Salin und **Phelip.** Nierenepitheliom 1015.
H. Salin, H. Méry und **A. Wilborts.** Familiäre Hämophilie 249 — Hirnerkrankung bei Scharlach 255 — Meningitis durch Parameningokokken 641.
G. Salinger. Salvarsan bei Chorea minor 320, 790.
E. Salkowski. Verhalten der Milch zu Ammoniumsulfat 11.
Eugen Salamon. Kongenitale Anorchie 1020.
H. Salamon. Diätetische Therapie der Urtikaria 875.
H. Salomon und **S. Bondi.** Beurteilung der Pankreassaftsekretion 732.
Salter. Diätetische Behandlung des Darmkatarrhs 620.
Gottlieb Salus. Aldehydkatalase der Kuhmilch 11 — Hygiene der Kuhmilch 11.
R. Salus. Augenmuskelstörungen bei Tetanus 779.
Genia Samaylova. Pneumonie im Säuglingsalter 260.
S. Samelson. Seltene Komplikation des Kindertyphus **117,** 382, 977 — Dungersche Syphilisreaktion bei Lues congenita 875.
Samet, L. Ribadeau-Dumas und **Albert Weill.** Radiographie und Radiotherapie der Mediastinalerkrankungen 992.
Samosch. Schule und Haus 185.
H. H. Sampson. Unkomplizierte Fraktur der langen Knochen 277 — Behandlung von Frakturen 443.
Sante de Sanctis. Klinische Formen des Infantilismus 727.
R. Sand. Klinische und histologische Folgen eines einstündigen allgemeinen Blutstillstandes 770.
W. Sanderson. Angiom der Rachenschleimhaut 231.
Riccardo Sanfelice. Milch 11.
Sanger. Lymphatische Erkrankungen 249.
Margot A. J. Sannes-Sannes und **Ida Bosman de Kat.** Schicksal von Kindern mit einem Geburtsgewicht von weniger als 3000 g.
F. Sano. Epidemische Zerebrospinalmeningitis 978.
Paul Santy und **André Challer.** Riesen-Spina bifida 756.
Paul Santy, G. Mouriquand und **Dujol.** Malaria 641.
F. Saratzeano und **Eug. Andronesco.** Wassermannsche Reaktion 165.
W. K. Sarembskaja. Streptococcämie 900.
C. Sarfels. Störungen des Bewegungsapparates 736.
Percy Sargent. Gesichtspunkte für die Chirurgie der Halsrippen 1020.
Arménak Sarkissiantz. Solitäre Nierenzyste 999.
Franz Sauer. Defekte infolge Nasenverschluß 748 — Epidemiologie und Therapie des Keuchhustens 978.
K. Sauerwein, W. Greifenhagen und **W. Bremer.** Zusammensetzung der Milch und des Serums 3, 245.
Artur Saunders. Prophylaxe der Poliomyelitis anterior acuta 876 — Poliomyelitis 257 — Paraplegie nach Keuchhusten 644.
E. W. Saunders. Keuchhustenvakzine 257.
Saunders, Johnson, Witte und **Zahorsky.** Vakzinebehandlung des Keuchhustens 300.
Sauphar und **Millan.** Familiärer Mitralherzfehler auf Grund angeborener Syphilis 649.
Sautier. Sehschwäche 151.
C. Sauvage. Generalisiertes Ödem des Fötus 967 — Salvarsanbehandlung bei schwangeren syphilitischen Frauen 987.
C. Sauvage und **Louis Géry.** Ausgedehnte syphilitische Gummata 650, 904.
A. Savage und **F. C. Harrison.** Bakteriengehalt des normalen Euters 963.
Savariaud. Prognose und Behandlung der akuten Appendizitis 730 — Frühdiagnose der akuten Appendizitis 730, 1015 — Behandlung der Inguinalhernie 752 — Chloroformanästhesie 752 — Humerusfrakturen 752 — Eit-

rige Pleuritis 990 — Littlesche Krankheit 1004 — Darminvagination 1015 — Hodenektopie 1015 — Kongenitale Hüftluxation 1017.
Savarlaud und **Roederer.** Pottsche Krankheit 1015.
Savarlaud und **Zaepffel.** Fremdkörper der Trachea und der Bronchien 260.
M. Savolin. Erythema nodosum 605.
P. Savy und **E. Plauchu.** Benigne Tumoren der Plazenta 1015.
Sawazaki. Paralytischer Zustand bei Hühnern 662.
H. P. Sawyer. Drei seltene Diphtheriefälle durch einen Bazillenträger 978.
W. A. Sawyer und **W. B. Herms.** Übertragung der Poliomyelitis durch die Stallfliege 978.
Oskar Saxenberger. Bilateraler, kongenitaler, totaler Fibuladefekt 759.
Paul Saxl. Kalziumtherapie 613.
Scales. Tonsillen und Adenoide 725.
A. Schaap und **W. C. de Graafe.** Milch 659.
I. A. Schabad. Kalkstoffwechsel bei Rachitis 248 — Stoffwechselversuche bei Rachitis 321 — Anomales Scharlachexanthem 875.
I. A. Schabad und **R. F. Sochorowitsch.** Günstige Lebertranwirkung bei Rachitis 879.
August Schäfer. Entstehung des Urobilins 11.
Carl Schäfer. Makroglossie und Mikroglossie 759.
Franz Schäfer. Angeborene Pylorusstenose 148.
O. Schäfer. Bromural 240, 320.
Schaeffer-Stucker. Zähne des Kindes 327.
Schalek. Hautkrankheiten 745.
J. Schaller und **F. Mach.** Leistungsprüfung bei Kühen 8.
Walter F. Schaller. Progressive interstitielle Neuritis 271.
A. Schanz. Abbotsche Behandlung der Skoliose 924.
Fritz Schanz. Prophylaxe der Diphtherie 644.
E. A. Schaper. Einfluß der Hypophysen und des Corpus-luteum-Extraktes auf die menschliche Brustdrüse 662.
L. Schaps. Buttermilch zur Behebung von Durchfällen 11 — Kinderfürsorgestelle Friedenau 284.
Max Schatzmann. Hämatologie der Variola und Vakzine 978.
G. Schaub und **P. Grosser.** Pathologie des Morbus Banti 385.
G. Schaub und **H. Neuhaus.** Kuhmilchidiosynkrasie 619, 661.
William Gray Schauffler. Staatliche Verantwortlichkeit für Schulkinder 285.
Fr. Schede. Pathologische Anatomie der kongenitalen Hüftverrenkung 1017.
Hartwig Scheel. Schardingerreaktion 11.
Albert Schein. Mahnwort an alle Schulärzte 767.
Paul Scheibaum. Coxa vara congenita 278.
H. Scheible. Tuberkulose im Kindesalter 581, 717.
Kurt Schelenz. Urobilinogenreaktion im Harne Scharlachkranker 644.
H. Schellbach, H. Willecke und **W. Jilke.** Wasserstoffhaltige Milchkonservierungsmittel 13.
Willi Schellhase und **Kurt Schern.** Guajak-Guajakolprobe 11.
G. Scheltema. Angeborene Verengerung des Ösophagus 701 — Akute Meningitis 701 — Infantile spinale Paralyse von Werdnig-Hoffmann 701 — Laboe-Merrah-Kerne als Bandwurmmittel 701 — Tuberkulosefurcht und Infektion 701 — Kindertuberkulose 717.
Scheppegrell. Ohren- und Nasenrachenraumdiphtherie 644.
A. L. Scherbak. Innere Sekretion der Brustdrüse 11.
G. Scherber. Klinik und Ätiologie einiger am weiblichen Genitale auftretender seltener Geschwürformen 875.
Kurt Schern und **Willi Schellhase.** Guajak-Guajakolprobe 11.
B. Scherwinzky. Stechapfelvergiftung 788.
Carl Schetter. Verwachsungen der Plazenta mit dem kindlichen Schädel 1020.
Arthur Scheunert und **Walther Grimmer.** Konkremente aus Milchdrüsenzyste 11.
B. Schick und **J. Michiels.** Intrakutanreaktion auf Diphtherietoxininjektion 214.

B. Schick. Malignes Granulom mit rekurrierendem Fieber 230 — Moserserum bei Scharlach 295 — Bericht der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien 322, 938 — Konfluierte Hautblutungen im Gesicht bei pertussisartigen Hustenanfällen 699, 720 — Spezifische Therapie der Diphtherie 978.
G. Schickele. Einfluß der Ovarien auf das Wachstum der Brustdrüsen 994.
Elisabeth Schiff. Schicksal nierenkranker und albuminurischer Kinder 734.
Arnold Schiller. Erfolge der offenen Säuglingsfürsorge 284.
Paul Schilder. Chorea und Athethose 739.
K. v. Schiller. Behandlung der spastischen Paralyse mittels Resektion der peripherischen Nerven 833.
Schinner. Eigentümlichkeiten bei Hilfsschülern 548.
J. C. Schippers und **Cornelia de Lange.** Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach 257, 375 — Epidemie der Heine-Medinschen Krankheit in den Niederlanden 644 — Bedeutung der Döhleschen Zelleinschlüsse 644, 848.
Josef Schippmann und **Adolf Vystavel.** Innere Sekretion der Mamma 662, 727.
Schittenhelm. Beziehungen zwischen Anaphylaxie und Fieber 614.
Schittenhelm und **Weichardt.** Endemischer Kropf in Bayern 796.
A. Schkarin. Ekzem bei Säuglingen 746, 845, 875.
Schlaeger. Gesetz für das Großherzogtum Oldenburg betreffend ärztliche Überwachung der Schulkinder 1026.
Schlayer. Nephritis 188.
Felix Schleissner. Ätiologie des Scharlachs 257, 485, 537 — Scharlachinfektionsversuche an Affen 644.
Fritz Schlemmer. Partieller bilateraler Choanalverschluß 274 — Akute Nebenhöhlenerkrankung der Nase 274, 326.
Erwin Schlesinger. Farbe des Harns und Urobilinurie bei Scharlach 978 — Einwirkung der Sommerhitze 204 — Schwachbegabte Kinder 608.
Hermann Schlesinger. Pylorustuberkulose 984.
Eugen Schlesinger. Intelligenzdefekt der schwachbegabten Kinder 1026 — Psychisches Verhalten der schwachbegabten Schulkinder und ihre Charakterentwickelung 1026.
Hermann Schlesinger. Fehlen der Sehnen- und Hautreflexe bei Ruminatio humana 265.
M. J. Schlesinger, C. M. Hilliard und **E. C. Stowell.** Streptokokken aus Milch und dem menschlichen Rachen 624.
Wilhelm Schlieps. Pseudokardiale und kardiale Geräusche 82.
Ernst Schloss. Chemische Zusammensetzung der Frauenmilch 11 — Bemerkungen zu einer Kritik von Langstein über das Buch „Über Säuglingsernährung" **54.** — Säuglingsernährung 314 — Idiosynkrasie gegen Eier 317 — Behandlung der Rachitis mit Lebertran, Kalk und Phosphor 598, 966.
Ernst Schloss und **Erich Müller.** Mineralstoffwechsel 572, 627.
E. Schloss und **E. Seligmann.** Diphtherie 91.
O. M. Schloss und **L. J. J. Commiskey.** Hämorrhagische Diathese 249.
O. M. Schloss. Allergie gegen gewöhnliche Nahrungsmittel 620.
Arthur Schlossmann. Arbeitsleistung des Säuglings **47** 966 — Atrophie und respiratorischer Stoffwechsel 79 — Verhütung der Übertragung akuter Infektionskrankheiten 189 — Unterscheidung von Kuhmilch und Frauenmilch mit Hilfe von Nilblau 329 — Hungernde Säuglinge 500 — Ökonomie im Stoff- und Kraftwechsel 571 — Aus Kindern werden Leute 609 — Hitze und Hygiene 620 — Milchhandel vor 100 Jahren 964 — Diagnostik und Versagen der Diagnostik bei der Tuberkulose im frühen Kindesalter 984 — Geburtenrückgang 1024 — Wiederaufleben der Drehlade 1024.
Arthur Schlossmann und **Hans Murschhauser.** Einfluß der vorangegangenen Ernährung auf den Stoffwechsel im Hunger

966 — Stoffwechsel des Säuglings im Hunger 966.
H. Schloessmann. Wesen und Behandlung der Hämophilie 249.
Schlüter und **Loer.** Anstellung von Schulärzten auf dem Lande 1026.
Fedor Schmey. Wesen der Skrofulose 257, 632.
Emil Schmid. Multiple Tumoren der Haut **443,** 1008 — Multiple benigne Hauttumoren 600 — Makrodaktylie 1020.
Schmidt. Schindlersches Joha 306.
Adolf Schmidt. Behandlung von Darmkrankheiten mit Sauerstoff 201 — Chronische diphtherische Infektion der Lungen 380.
Hans Schmidt. Säuglingsberatungsstelle und -milchküche München-Westend 763.
M. B. Schmidt. Eisenstoffwechsel und Blutbildung bei Eisenmangel 627.
Walter Schmidt. Ulcus rotundum duodeni 437.
Schmincke. Miliartuberkulose 933 — Pathologische Anatomie der Lues congenita 936 — Typhus abdominalis 936 — Klimatotherapie im Kindesalter 937.
Schmitt. Ursachen des Zurückbleibens der Schulkinder 285.
F. Schmitz und **H. Risel.** Stillprämien 102, 283.
Woldemar Schmitz. Icterus neonatorum 630.
Georg Schmorl. Beeinflussung des Knochenwachstums durch phosphorsaure Ernährung 966.
P. Schneider. Mißbildungen der Atmungsorgane 139 — Rezidivierende akute Dünndarminvagination 730, 910 — Genese der kongenitalen Larynxzysten 749.
L. Schnyder. Anorexieformen des Pubertätsalters 954.
F. Schob. Pathologische Anatomie der juvenilen Form der amaurotischen Idiotie 739 — Juvenile Form der amaurotischen Idiotie 792 — Der Friedreichschen Erkrankung ähnliche Krankheitsbilder bei hereditärer Lues 1004.
Joh. Schoedel. Säuglingstuberkulose und Fürsorge 717.
Arthur Schohl. Mongolenfleck 273, 875.
Scholder und **Weith.** Albuminurie und Lordose 735 — Lordotische Albuminurie in Schulen von Lausanne 735, 953.
Ludwig Scholz. Osteopsathyrosis 11.
Schönberg. Tentoriumriß bei Neugebornen 630.
S. Schönborn. Lues des Zentralnervensystems 650.
Chr. Schöne. Diphtherie-Antitoxin im Blutserum 216 — Pathologie und Therapie der Diphtherie 257 — Große Serumdosen bei Diphtherievergiftung 644 — Nachweis von Diphtherietoxin im Blutserum 644.
C. Schong. Inkubationszeit der akuten Kinderlähmung 383, 645.
Heinrich Schopohl. Bekämpfung der Diphtherie in Schulen 978.
Hermann Schöppler. Kryptorchismus 267.
Edwin Henry Schorer. Experimentelle Untersuchungen über Milch 11, 246.
Edwin Henry Schorer und **M. J. Rosenau.** Wirksamkeit der Milchpasteurisierungsverfahren 623.
Ferdinand Schotten. Kongenitaler Defekt der Gallenausführungsgänge 731.
Schottmüller. Über Febris herpetica 190.
Joh. Schrader. Säuglingsmortalität in Halle 170 — Todesfälle der Säuglinge nach der Stocklage der Sterbewohnung in Halle 763.
Franz Schrakamp. Erkrankungen nach dem Genuß von Milch 246.
Franz Schrammen. Diphtheriebazillenträger 157 — Diphtheriebazillenträger in einem Kölner Schulbezirk 645, 978.
Wilhelm Schrape. Ernährung mit arteigener und artfremder Milch 244.
Schreiber. Neosalvarsan 307.
E. Schreiber. Prophylaxe und Therapie der Diphtherie 486, 645.
Georges Schreiber. Trockenmilch 75 — Diathesen 80 — Behandlung der Verstopfung 962 — Reflexe bei Poliomyelitis 978 — Serotherapie bei Scharlach 978.
Georges Schreiber und **d'Allaines.** Harnreaktion und andere Symptome des akuten Stadiums der Kinderlähmung 978.

G. Schreiber und **A. Cantonnet.** Kongenitale Aniridie und Katarakt 273.
Georges Schreiber und **H. Dorlencourt.** Einwirkung der Hitze bei jungen Hunden 620.
G. Schreiber und **P. Nobécourt.** Eiweißmilch 619.
Richard Schreiber. Tonsillektomie 907.
Rolf Schreiber. Milchverkauf in Deutschland 11 — Regelung des Milchverkehrs in Deutschland 623.
Herm. Schridde. Status thymolymphaticus 370 — Entstehung der kleinzelligen Infiltrate in der Niere bei Scharlach und Diphtherie 645.
V. Schröppe. Stillende Mutter 620.
Schrötter. Städtische Säuglingsprämiierung in Bergisch-Gladbach 284.
Alfred Schubert. Trachealverdrängung bei Thymus hyperplasticus 727.
M. Schuberthowna. Oxyprotsulfosäure und Kasein 11.
Schüffner und **Vervoort.** Oleum chenopodii gegen Ankylostomiasis 360.
Wilhelm Schulthess. Plattfuß und seine Behandlung 755.
Schultz. Säuglingsernährung 620 — Ausbreitung der Diphtherie und Maßregeln zur Bekämpfung 978.
J. H. Schultz. Prüfung der Hautkrankheiten auf chemische Reize 746, 920.
R. Schultz. Diphtherie-Erkrankungen und Sterbefälle in Preußen 257.
Ernst O. P. Schultze. Köhlersches Knochenbild 232 — Schlattersche Krankheit 232.
Ferd. Schultze. Behandlung des angeborenen Klumpfußes 925.
W. H. Schultze. Anomalien des ersten Rippenringes und Lungentuberkulose 717.
Schulz. Übergang von Kieselsäure in Milch beim Sterilisieren 11 — Gonokokkenvakzin Artrigon 303 — Seltene Miterkrankung der epidemischen Ohrspeicheldrüsenentzündung 645.
E. Schumacher. Entlastungstrepanation oder Balkenstich bei Turmschädel mit Hirndruckerscheinungen 832.
Josef Schumacher. Thymusstenose 727.
Arth. Schunda und **C. Parhon.** Achondroplasie 1006.
P. Schuppli. Grabnerhängkette 662.
W. Schürmann und **E. Hajos.** Tellurnährböden 471.
Helene Schuster. Haemangioma cavernosum im Herzen 259.
B. D. A. Friedrich Schutte. Erholungsheim und Ferienkurhaus 763.
Sidney L. Schwab. Klassifikation des schwachsinnigen Kindes 741.
E. Schwalbe. Morphologie der Mißbildungen 139, 712.
E. Schwalbe und **H. Brüning.** Handbuch der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie des Kindesalters 233.
J. Schwalbe und **Paul Börner.** Reichs-Medizinal-Kalender 714.
Gerhard Schwaer. Hämolytische Diagnose der Röteln 487, 645.
Theodor Schwartz. Meningitis serosa 1004.
E. Schwarz. Wachstumsreiz der Röntgenstrahlen auf pflanzliches und tierisches Gewebe 956.
Hermann Schwarz und **Murray H. Bass.** Osteogenesis imperfecta 389, 662, 744.
Wilhelm Schwarzbach. Angeborener Defekt der Tibia und Ulna 279 — Angeborene Mißbildungen im Bereich der oberen Extremitäten 759.
Schweitzer. Blennorrhöeprophylaxe 495.
Theodor Schweitzer. Steinkind 279.
Fernando Schweizer und **Pedro E. de Elizalde.** Pylorusstenose 995.
Johanna Schwenke. Diagnostische Bedeutung der Döhleschen Leukozyteneinschlüsse bei Scharlach 576, 645, 875.
Johanna Schwenke. Bessau und **Pringsheim.** Wiederholung lokaler Tuberkulinreaktionen 532.
F. Schwerz. Wachstum 236.
M. Schwyzer. Finkelsteinsche Eiweißmilch im Baseler Kinderspital 945, 962.
Louis Scoffier. Arsenobenzol zur Behandlung der Syphilis hereditaria 987.
Fernande le Scornet. Splenomegalie im Säuglingsalter 267.
Scott. Künstliche Säuglingsernährung 620.

George Dow Scott. Pertussisvakzine 240, 645.
J. Scott. Einfluß des Infundibulins auf die Milchsekretion 11.
H. W. Scott. Subaortale Stenose 587.
H. M. Scott und **Hugh Thursfield.** Subaortale Stenose 720.
Charles L. Scudder. Pylorusstenose 265, 730.
H. Scurfield. Säuglingspflege im Medizinalstudium 763.
Seay. Symptome der Poliomyelitis 194.
Antonio Sebastiani. Choleravakzine 645.
Jules Sébilleau. Behandlung des Erbrechens 265, 620.
Sedgwick. Stillen 244.
Sédillot. Kongenitale Mißbildung des Herzens und der großen Gefäße 259.
Sédillot, Barret und **G. Variot.** Entdeckung eines Pyopneumothorax durch das Röntgenverfahren 722.
Sédillot und **H. Grenet.** Thymushypertrophie 263.
Sédillot, Grenet und **Victor Veau.** Pylorusstensoe 264.
Sédillot, Variot, Zuber und **Lavialle.** Trockenmilch 247, 663.
Richard Seefelder. Angeborne Anomalien und Mißbildungen des Auges 747.
Richard Seefelder und **Ludwig Bach.** Entwicklungsgeschichte des menschlichen Auges 274.
Seemann. Kontrolle der Diphtherie 645.
Maurice Ségard. Radiologische Diagnostik der Drüsen- und Lungentuberkulose 717 — Lungentuberkulose 984 — Säuglingstuberkulose 984.
Maurice Ségard und **Albert Mouchet.** Kongenitale Coxa vara 755.
Seidemann. Behandlung der Tuberkulose 305.
D. Seiliger. Scharlachimpfungen 257.
C. Seitz. Zentrale für Säuglingsfürsorge in Bayern 284.
Erich Seligmann. Bekämpfung der Diphtherie in Schulen 298 — Gefahr der Diphtheriebazillenträger 978 — Praxis der Diphtheriebekämpfung 978 — Verbesserung der Diphtheriediagnostik 978.
E. Seligmann und **E. Schloss.** Diphtherie 91.
Ch. Sellet, Ed. Lévy und **A. Magnan.** Fötales Wachstum 967.
Sellheim. Innere Sekretion der Keimdrüsen und Knochenwachstum 994.
Max Senator. Rheumatosen und nasale Erkrankungen 484, 1010.
R. Senet. Psychologie des Spiels beim Kind 821.
G. E. Senzi. Masernepidemie 978.
J. H. Sequeira. Ulcus rodens auf dem Rücken 746 — Angeborenes Fehlen beider Daumen 759.
Sergent und **Veil-Picard.** Rousselsches Gesetz 1024.
Sergent, Veil-Picard und **Paterne.** Rousselsches Gesetz 763.
Curt Serog. Entwicklungsdifferenzen bei Zwillingen 620.
A. Serra und **A. Gentili.** Wassermannsche Reaktion im Blute der Nabelschnur 240.
James Warren Sever. Orthopädisches Prinzip 278 — Beziehungen der Skoliose zum Sitzen in der Schule 755 — Lage des Magens bei Kindern in Zusammenhang mit der Haltung 956.
J. Sevestre. Blut und blutbildende Organe bei Syphilis hereditaria 987.
J. Sevestre, Nobécourt und **Bidot.** Harnstoff in Zerebrospinalflüssigkeit 150.
Sexauer. Bedeutung der Landerziehungsheime 461.
Sexauer und **Lietz.** Bedeutung der Landerziehungsheime vom pädagogischen Standpunkt 762.
Lewis A. Sexton. Vakzinale Ulcera 280, 765 — Abortive Pocken 845 — Abortive Typen von Varizellen 645 — Heimkehrfälle bei Scharlach 645, 848 — Abortive Fälle von Variola 875.
Otto Seydel. Halsentzündungen und Diphtherie in der Schule 645.
M. Sgalitzer und **G. Holzknecht.** Papaverin zur röntgenologischen Differentialdiagnose zwischen Pylorospasmus und Pylorusstenose 996.
W. Shanahan. Interne Behandlung der Epilepsie 805.
T. Graham Shand und **Herbert M. Cargin.** Poliklinische Behandlung der Scarlatina 971.

Edward Affleck Sharp. Differentialdiagnose zwischen akuter epidemischer Poliomyelitis und Affektionen mit poliomyelitischen Syndromen 978.
Edward A. Sharp und **L. Pierce Clark.** Einfluß der Heredität bei Entstehung von Epilepsie bei zerebraler Kinderlähmung 1002.
Shaw. Freiluftbehandlung 240.
Bernhard Shaw. Diagnose der Trichophytie 1008.
Roscoe H. Shaw und **C. H. Eckles.** Einfluß der Individualität auf die Zusammensetzung und Eigenschaften der Milch 658 — Einfluß des Laktationsstadiums auf die Zusammensetzung und Eigenschaften der Milch 658.
George P. Shears. Gebrauch von Sauerstoff beim Fötus 967.
Bryan de F. Sheedy. Retropharyngealabszeß 752.
William Sheen. Entfernung einer linksseitigen Halsrippe 1020.
Hermann B. Sheffield. Akute Scharlachnephritis 267 — Angeborenes Myxödem 271 — Klinische Deutung chronischer Vergrößerung des Abdomens 984.
L. Storrow Shennan. Zähne im Schulalter 285, 398, 767.
J. Garland Sherrill. Appendizitis bei Kindern 730.
G. Shibayama. Serum und Toxin bei rektaler Anwendung 472.
K. Shiga, N. Imai und **Ch. Eguchi.** Bordet-Gengouscher Nährboden für Keuchhustenbazillen 614, 880.
T. Shimamura. U. Suzuki und **S. Odake.** Oryzanin 364.
Shipman. Augenüberanstrengung 747.
A. Rendle Short und **H. W. Bywaters.** Aminosäuren und Zucker bei der Rektalernährung 658.
W. Shukowsky und **Rosa Aisenberg.** Mongolismus 97.
Siauve. Multiple Mißbildungen 279.
Siebenmann. Hereditäre Syphilis des Labyrinths 650.
F. Siebert. Lues 105 — Verhütung der Schwangerschaft 284.
J. Siedlecki. Melaena neonatorum 172.
W. Siefert. Psychiatrische Untersuchungen über Fürsorgezöglinge 137.
Siegert. Angeborenes und erworbenes Myxödem 543.
M. Siegfeld. Zusammensetzung des Butterfettes 11. — Untersuchung ostfriesischer Butter 662.
Siegrist. Ätiologie des Keratokonus 402.
Siegrist und **Rotter.** Hydrophthalmus congenitus 402.
Siess und **Stoerk.** Blutbild bei lymphatischer Konstitution 477.
G. Hermann Sieveking. Säuglingssterblichkeit Hamburgs 1024 — Milchversorgung der Schulen 1026.
O. Silberknopf. Exzessive Kraniotabes 324 — Kongenitale zerebrale Hemiplegie 739.
Leo Silberstein. Azetonämie 742.
Silex. Säuglingsfürsorge hinsichtlich des Auges 747.
J. Silhol. Inguinalhernie 277 — Ellbogenfrakturen 1015.
E. Mather Sill. Vakzinebehandlung des Erysipels bei Säuglingen 645 — Ernährungszustand des wachsenden Kindes 620 — Vakzinebehandlung des Keuchhustens 645, 845.
Paul Silve. Kraniotabes 272.
Julien Silvestre. Wirkungen des hohen Zuckergehaltes der Milch bei Dyspepsie mit Erbrechen 620 — Erbrechen bei Krankheiten des Nervensystems und neuropathischen Störungen 739, 962.
Torindo Silvestri. Alimentäre Anaphylaxie der Eiweißkörper 11.
R. Silvestrini. Krankheitserreger bei Zerebrospinalmeningitis 645.
Channing C. Simons. Intrakranielle zerebrale Hämorrhagie 783 — Lokalisierte Osteomyelitis der langen Knochen 1015.
Georg Simon. Primärer Lungenherd bei der Bronchialdrüsentuberkulose 717.
G. C. E. Simpson. Appendizitis 923, 1015 — Kongenitale Nabelmißbildungen 1020.
J. W. Simpson. Enuresis 165, 271.
J. W. Simpson und **Lewis Thatcher.** Salvarsanbehandlung der kongenitalen Syphilis 987.
Shuterland Simpson. Wachstumskurve beim Hunde 611.
John F. Sinclair. Bacillus bulgaricus bei akuter Gastroenteritis und Ileokolitis 620.

John F. Sinclair und **Henry P. Pancoast.** Akute Epiphysitis 268.
A. Singer. Pertussis 487.
Kurt Singer. Neuro- und Psychopathologie 1001 — Chorea minor 1004.
Sippel. Behandlung der Nasenschleimhaut 308.
Giuseppe Sirigu. Übergang des Strichnins vom Muttertier auf den Fötus 628.
Sisson und **Talbot.** Formalinausscheidung 563.
Paul Sittler. Exsudativ-lymphatische Diathese 180 — Therapie der Diphtherie 645.
L. Sivori und **G. Costantini.** Prophylaktische Immunisierung gegen Diphtherie auf stomachalem Wege 645.
N. Skliar. Wesen der Hysterie 739.
J. Sklodowski und **J. Koelichen.** Enzephalitis subacuta 178, 975.
A. L. Skoog. Pathologische Untersuchung bei Poliomyelitis 194 — Transversale Myelitis bei Poliomyelitis 194 — Poliomyelitis 257.
Alexander Skutetzky. Klinik der Myatonia congenita 739.
Slataper. Meningitisepidemie 645.
Sleeter. Krankheiten des Nervensystems 1004.
Bodo Slingenberg. Vulvovaginitis streptococcica 268.
Thomas G. Sloan. Ärztliche Schulaufsicht 70 — Ärztliche Überwachung der Schulkinder in Südmanchester 767.
Erich Sluka. Hilustuberkulose 480, 717.
Donald D. van Slyke. Hydrolyse der Eiweißkörper 11.
Lucius L. van Slyke und **Alfred W. Bosworth.** Basisches Kaseinkalzium und Parakaseinkalzium 658, 957 — Zusammensetzung und Eigenschaften von Kasein und Parakasein 662 — Methode zur Darstellung von aschefreiem Kasein und Parakasein 964.
Isabelle Thompson Smart. Arzt und schwachsinniges Kind 741.
Harry Smidt, Otto Lubarsch und **Hellmut Köhlisch.** Pathologie der Poliomyelitis 253.
Smith. Adenoide Wucherungen im Nasenrachenraum 262 — Appendizitis 265 — Intrakranielle Hirnblutungen bei Neugeborenen 291 — Schätzung der Nierenfunktion 387 — Meningitis im Säuglingsalter 645 — Komplementfixationsprobe in der Behandlung der Gonokokkenvaginitis 855.
Archibald D. Smith. Pyelitis 268.
Caroll Smith. Kongenitales Fehlen von Rippen 759.
Charles Hendee Smith. Graphische Nährtafel 244.
George G. Smith. Orchitis nach Mumps 257.
Erie Bellingham Smith. Schwachsinn 596 — Asthma 990.
Erie Bellingham Smith und **A. W. C. Woolforde.** Meningitis 271, 439.
Eustace Smith. Cholera infantum 244 — Vermeidliche Schwierigkeiten bei der künstlichen Ernährung 962.
Harmon Smith. Entfernung einer Sicherheitsnadel aus dem Kehlkopf durch direkte Laryngoskopie 1015.
Richard M. Smith. Pyelitis im Kindesalter 734.
Richard R. Smith. Intrauterine Fraktur 1015.
Theobald Smith und **Marshal Fabian.** Bacillus abortus Bang 11.
J. Smedley. Labsäure in der Butter 11.
Smester. Nabelhernie 277, 752.
Snow. Purpura, Urtikaria und angioneurotisches Ödem der Hände und Füße. 920
Snow und **Clinton.** Röntgendiagnose der Darminvagination 910.
S. Ross Snyder. Pellagra 87, 742.
Sobel. Kopfpedikulose bei Schulkindern 1008.
Georg Sobernheim. Epidemiologie und Prophylaxe der Diphtherie 978.
Sobotky. Persistierende Mundatmung nach Entfernung der Adenoiden 725.
R. S. Sochorowitsch und **I. A. Schabad.** Günstige Lebertranwirkung bei Rachitis 879.
Gotthard Söderbergh. Pseudotetanus myxoedematoides 727, 796.
Sante Soleeri-Forli. Epigastrischer Schmerz bei Appendizitis 101.
Max Soldin. Verzögerter Mekoniumabgang 630.
Teobaldo Soli. Schädelimpressionen bei Neugeborenen 277, 291, 496

— Chirurgische Behandlung der Schädelimpressionen 630.
Ugo Soli. Thyreoidea beim Status thymico-lymphaticus 994.
Solomon. Säuglingssterblichkeit und Eugenik 763.
W. L. Somerset. Scharlach 645.
Somerville. Diagnostik der Poliomyelitis 194.
Sommer. Jugendfürsorge in den Niederlanden 645.
Sommerfeld. Diphtherie im Herzblut 426.
P. Sommerfeld und **H. Aronson.** Giftigkeit des Harns bei Masern 213, 378, 632.
P. Sommerfeld und **M. Klimmer.** Bestimmung des Keimgehaltes der Milch durch Plattenverfahren 660.
P. Sommerfeld und **A. Löwy.** Myxödem 228.
Sigurdt Sommerfeld. Bestimmung des Keimgehaltes der Milch 12, 623.
Moritz Sonnenberger. Tuberkulose des Kindesalters 257 — Tuberkuloseempfänglichkeit 333.
A. C. Soper. Flaschenhalter 962.
Abraham Sophian. Poliomyelitis 257.
Abraham Sophian und **J. Black.** Zerebrospinalmeningitis 94 — Prophylaktische Impfungen gegen epidemische Meningitis 645.
Sorel und **Carrion.** Milchferment 3.
Sorel, H. Rouèche und **P. Clément.** Wiederholung d. Scharlachs 972.
Sörensen, Konservativ behandelte periaurikulare, subperiostale Abszesse bei Scharlach 978.
A. L. Soresi. Hämorrhagie 720, 854.
M. Sorin und **V. Hinze.** Orthostatische Albuminurie der Tuberkulösen 267.
Sorrel. Hirschsprungsche Krankheit 996.
Alfred Soucek. Tannismut bei Darmkatarrhen 244 — Parotitis mit Meningitissymptomen 645.
Souligoux. Fraktur des Femur 1015.
A. Souques. Infantilismus und Insuffizienz der inneren Sekretion des Hodens 263, 796.
A. Souques und **Stephan Chauvet.** Hypophysärer Infantilismus 994.
E. E. Southard und **William Palmer Lucas.** Neurologie des Kindesalters 1003.
Thomas S. Southworth. Dextrine und Maltose 74, 244 — Verfahren der Erkältungen 238.
H. S. Souttar. Intussuszeption 1015.
Souvestre. Trockenmilch 624.
H. Sowade. Hautdiphtherie 646.
F. v. Soxhlet. Eisengehalt der Frauen- und Kuhmilch 12.
Spaun. Milchschafe im Algäu 12.
F. Späth. Pituitrin 613.
Edith Rogers Spaulding. Vulvovaginitis 734 — Ursachen des jugendlichen Verbrechertums 741.
John Speese. Urethralsteine 268 — Hydrozephalus 752, 1004.
John W. L. Spence und **John Fraser.** Einzigartiger Fall von kongenitaler Skoliose 757, 860, 1016.
Herbert Spencer. Zervikaldrüsen im Uterus 262.
B. Sperk. Poliomyelitis 322 — Adams-Stokesscher Symptomenkomplex 722.
B. Sperk und **A. F. Hecht.** Adams-Stokesscher Symptomenkomplex 939.
Spiegelberg. Behandlung von Kindern in Sanatorien 934.
Chaja Spielberg. Pathogenese des Hydrophthalmus 274.
B. Spiethoff. Therapeutische Verwendung des Eigenserums 875.
Hans Spitzy. Skoliosebehandlung 497 — Chirurgische und orthopädische Eingriffe 535 — Instrument zur radikalen Phimosenbeseitigung 1015.
A. Splittgerber. Peroxydasen, Katalasen und Reduktasen der Milch 12 — Trockensubstanz der Milch 12.
L. M. Spolverini. Leishmaniosis 979.
Carl Springer. Maximaldehnung des Mastdarms als frühes Symptom bei Appendizitis acuta septica 730.
Fr. Sprinkmeyer. Einwirkung von Saugflaschen mit Rohr auf den Keimgehalt der Milch 624, 662.
T. P. Sprunt und **J. H. Mason Knox.** Kongenitale Stenose der Urethra posterior 733.
G. Squarti. Permeabilität der Meningen 956.
A. E. Ssisemsky. Antistreptokokkenvakzin 160.
D. A. Ssokoloff. Unterricht in Intubation 158.

Staats. Diagnostik bei Kindern612.
Stade. Impfgeschäft im Deutschen Reiche 280.
Mac Lean Stafford. Eisengehalt der Ziegenmilch 12.
Stallmann. Affektepileptische Anfälle bei Psychopathen 805.
Stamm. Enteritis necrotica 430 — Rheumatismus nodosus 430.
Douglas Stanley und **L. Parsons.** Progressive spinale Muskelatrophie 735, 794.
Wilhelm v. Starck. Diagnose der Poliomyelitis acuta 646, 781.
Felix Starke. Poliomyelitis anterior chronica 646.
Sz. Starkiewicz. Kindertuberkulose 179.
Frederick R. Stathers. Orthodontia 278, 749.
Karl Stäubli. Vergleichende Temperaturmessungen 562.
Pierre Stauffer. Kongenitaler Defekt der Wirbelsäule 498 — Angeborener partieller Defekt der Wirbelsäule und des Rückenmarkes mit Thorakoabdominalbekkenspalte 1020.
A. W. Stearns. Prognose der Dementia praecox 827.
H. Steenbock und **E. B. Hart.** Kalkbedarf der Tiere 662.
Steensma. Therapeutische Applikationen von Kalziumchlorid 361.
H. Steffen. Salzarme Kost bei Epilepsie 475.
Steiger. Intramuskuläre Injektion von Joha 306.
Stein. Bantische Krankheit 207.
Albert Stein. Bezeichnung Krüppel 755.
L. Stein. Chronische Pneumonie 176 — Scarlatina mitigata 177.
W. Stein und **H. Brüning.** Säuglingssterblichkeit in Mecklenburg-Schwerin 761 — Säuglingssterblichkeit im Großherzogtum Mecklenburg-Strelitz 927.
Steinbrück. Bekämpfung der Diphtherie 298.
Richard Steiner. Hirschsprungsche Krankheit 265, 489.
M. Steiner. Gastrointestinale Störungen in Form des Tangerfiebers 200.
G. Steiner und **G. Heilig.** Entstehungsbedingungen der genuinen Epilepsie 804.
Ernst Steinert. Angeborene Atresie des Ösophagus 996.
Ignaz Steinhart. Ferienversicherung 285.
Irving D. Steinhardt. Gespräche über sexuelle Themata mit Knaben 609 — Diagnose und Behandlung des Scharlachs 646.
F. Steinhaus. Ventilation von Klassenräumen 285 — Anforderungen an Schulanfänger 460.
F. Steinhaus und **Wehrhahn.** Körperliche und geistige Anforderungen an den Schulneuling 767.
Karl Steinhoff. Lehre von der postdiphtherischen Lähmung 646.
Johann Steininger. Lumbalpunktate 239.
Franz Steinitz und **Richard Weigert.** Erfahrungen mit Molkensuppe **243,** 962, 883.
H. de Stella. Drüsenfieber 992.
Helene Friederike Stelzner. Psychiatrische Tätigkeit des Schularztes 818 — Schulärztliche Tätigkeit an höheren Schulen 1026.
W. Stendell. Vergleichende Anatomie und Histologie der Hypophysis cerebri 994.
Hermann Steng. Milch brünstiger Kühe 246, 662.
O. Stenström und **Chr. Barthel.** Widerstandskraft der Tuberkelbazillen gegen Erhitzen in Molken 658.
Siegfried Stephan. Kongenitale Nierendystopie 268.
Stephani. Schulärztliche Fragen 285 — Bedeutung des Straßenlärms für die Schule 461.
Stephani und **Wimmenauer.** Schulzahnklinik oder freie Ärztewahl 286.
Marjory Stephenson. Tierische Laktase 662.
Sydney Stephenson. Aufgaben des praktischen Arztes bei der Ophthalmoblennorrhöe der Neugeborenen 443, 747.
W. Sterling und **E. Flatau.** Symptomatische Myoklonie bei organischen Affektionen des zentralen Nervensystems 1002.
Arthur Stern. Infektionskrankheiten 257.
Else Sternberg-Westholz. Du und deines Kindes Pflege 712.
Alfred Sternthal. Epidemie von Mikrosporie unter Braunschweiger Schulkindern 767.
Hugo Stettiner. Antidiabetische Kost bei Oxyuren 315 — Chirurgie des Säuglingsalters 752

— Epispadie und Hypospadie 759.
Hugo Stettiner und **W. Buttermilch.** Empyembehandlung 539.
Henri Stévenin und **Roger Voisin.** Pneumokokkenmeningitis 979.
Douglas H. Stewart. Verdauungstrakt 962.
P. Stewart. Amaurotische familiäre Paraplegie 792.
H. A. Stheeman. Eosinophilie als Konstitutionszeichen 632.
Adolf Kutschera Ritter v. Stichbergen. Wasserätiologie des Kropfes und Kretinismus 385 — Kropf und Kretinismus in Tirol und Vorarlberg 552.
G. Stiefler. Spinale Kinderlähmung in Oberösterreich 551.
E. Stier. Wandertrieb und pathologisches Fortlaufen 607, 692 — Hemiatrophie u. Hemihypertrophie 800 — Ätiologie des konträren Sexualgefühls 824 — Familiärer Wandertrieb 824 — Funktionelle Differenzen der Hirnhälften 821.
R. Stierlin. Offenes Meckelsches Divertikel 759.
Karl Stieß und **Erich Stoerk.** Blutbild bei lymphatischer Konstitution 249.
Harold J. Stiles. Behandlung der chirurgischen Tuberkulose 446.
George Frederic Still. Flatuleszenz und Kolik 244 — Pyelitis 268.
Bertalan Stiller. Pathogenese der orthotischen Albuminurie 268.
Stimson. Sonderschulen für verkrüppelte Kinder 755.
Stirnimann. Anorexie der Kinder 314.
S. Stocker. Ätiologie und Therapie der Osteomalazie und Rachitis 744.
Stockvis. Schule und Diphtherie 298.
Adolf Stoffel. Behandlung spastischer Kontrakturen 394, 1004.
G. Stoicescu. Abwehr des Organismus gegen die tuberkulöse Infektion 984.
Erich Stoek und **Karl Stieß.** Blutbild bei lymphatischer Konstitution 249, 477.
Stokes. Milch 12.
Henry Farnum Stoll. Diagnose vergrößerter Bronchialdrüsen 210, 725.
Karl Stolte. Schwere Gewichtsverluste 12 — Buttermilch zur Behebung von Durchfällen 12, 314 — Klinische und anatomische Beobachtungen bei einem Kinde mit kongenitaler Darmstenose **341,** 996 — Bedeutung ausreichender Fettzufuhr 473 — Kongenitale Darmstenose 590.
Karl Stolte und **Maurice Dubois.** Abhängigkeit der Kalkbilanz von der Alkalizufuhr 247, 842.
K. Stolte und **A. Frank.** Mehlnährschaden 617, 839.
W. Stoeltzner. Eiweißmilchersatzpräparate 624 — Kinderkrämpfe und ihre Behandlung 739 — Larosan 363, 662 — Diätetische Behandlung der Krämpfe 314.
Max Stolz. Beziehungen der akuten Infektionskrankheiten zu den weiblichen Geschlechtsorganen 646.
D. Stone. Blasenektopie 999.
James S. Stone. Behandlung vergrößerter Zervikaldrüsen 167 — Behandlung geschwellter Halsdrüsen 725.
William A. Stoops. Tuberkulöse Peritonitis 984.
Story. Schulaufsicht 286.
Stouff. Akute Hydrozephalie nach schwerer Ernährungsstörung 1004.
William Leland Stowell. Schwachsinn 271 — Schwachsinnige und Gesellschaft 741.
E. C. Stowell und **C. M. Hilliard.** Streptokokken in Milch bei Angina 12.
E. C. Stowell, C. H. Hilliard und **M. J. Schlesinger.** Streptokokken aus Milch und dem menschlichen Rachen 624.
E. Stransky. Epilepsie mit Herderscheinungen 805.
Alois Strasser. Abhärtung 955.
Alfred Straub. Kongenitale Patellarluxation 755.
M. Straub. Skrofulose 370 — Ophthalmologischer Beitrag zur Lehre von der Skrofulose 747 — Skrofulöse Augenkranke 747.
August Strauch. Akute lymphatische Leukämie 261, 384, 724 — Kongenitale Pylorusstenose 996.
Friedrich Wilhelm Strauch. Systematische Jodpinselung des Rachens zur Beseitigung von Diphtheriebazillen 897, 979.
Eduard Streissler. Halsrippen 279.

Noémi Stricker. Tuberkulindiagnostik 717.
Ströbele. Milchleistungsprüfungen in Württemberg 246.
Gerhard Stroede. Ausatemluft 1026.
Wilhelm Strohmayer. Kinderhysterie mit schweren Störungen der Lage- und Bewegungsempfindungen 739, 801.
Stroscher. Schindlersches Joha 306.
A. Ströse. Auerbachscher Milchschnellkocher 662.
Salomon Strouse und **James W. Jobling.** Immunisierung mit proteolytischen Spaltprodukten der Pneumokokken 363.
A. Strümpel. Störungen der Sensibilität bei der akuten Poliomyelitis 646.
Kurt Struve. Lebende Doppelmißbildungen 279.
O. Stuelp. Gastrointestinale Autointoxikation und Augenkrankheiten 402 — Familiärer Mikrophthalmus congenitus 1020.
Ludwig Stumpf. Schutzpockenimpfung in Bayern 280.
G. Stümpke. Serumbehandlung von Hautkrankheiten 875.
Josef Sturm. Orthotische Albuminurie bei Tuberkulose 717.
Gustav Stutz. Tuberkulose und Gravidität 984.
Sugai und **Monoba.** Vererblichkeit der Lepra 901.
E. Sulkowski. Verhalten der Milch zu Ammonsulfat 366.
W. S. Sullivan. Intelligenzprüfung bei Schwachsinnigen 228.
A. Sundholm. Megacolon congenitum 759.
Richard Sussmann. Einschlußblennorrhöe der Neugeborenen 600, 1009.
P. L. Sutherland und **A. A. Jubb.** Chronische Pneumokokkeninfektion der Lungen 990.
U. Suzuki, T. Shimamura und **S. Odake.** Oryzanin 364.
H. F. Swift und **A. W. M. Ellis.** Spirochaetentötende Wirkung des Serums der mit Salvarsan behandelten Kranken 879 — Wirkung intraspinaler Injektionen von Salvarsan und Neosalvarsan auf Affen 879.
Norbert Swoboda. Zukunft der Impfung 529 — Chondrodystrophisches Kind einer chondrodystrophischen Zwergin 744, 940 — Geheilter Fall von Knochenzyste 752, 940.
Swyngheqauw und **P. Gorse.** Radikalbehandlung der Extopia testis 1012.
Z. Symadowski und **J. Bankowski.** Anaphylaktische Studien 609.
Douglas Symmers und **G. H. Wallace.** Pathologisch-anatomische Veränderungen der Schilddrüse 1007.
N. S. Sympson. Während einer Parotitis aufgetretene Pneumokokkenperitonitis 979.
Martin J. Synnott. Certified milk 964.
L. Szametz. Salvarsan bei Chorea minor 739.
P. Szekeres. Behandlung der Skarlatina mit polyvalentem Antistreptokokkenserum nach Moser 295, 646.
Aurel v. Szily. Primäre Ursache der Mißbildung des Auges 402, 747.
Paul v. Szily. Prophylaxe des luetischen Abortes und Säuglingssyphilis 88, 650 — Erste Entstehung der Nervenfasern im Nervus opticus 402 — Gliomgenese 402 — Immunotherapie der multiplen Staphylokokkenhautabszesse 494, 746 — Chemotherapie der luetischen Keratitis 496.
Felix v. Szontagh. Diphtherie- und Typhuskutanreaktion 93 — Angina und Scharlach 159 — Sensibilisationserscheinungen und Überempfindlichkeitsreaktionen 944.
J. Szmurlo. Mittelohrdiphtherie 178.
Szymanowski und **Bankowski.** Toxische Eigenschaften des Menschenserums 172.

Paul Tachau. Bedeutung einer gleichmäßig tiefen, rektalen Temperaturmessung 611.
Sarah Tafipolsky. Spina bifida 277.
P. Taidon. Kongenitale Hypertrophie der rechten unteren Extremitäten 759.
Arthur Edwin Tait. Masernepidemie 214 — Kongenitale Störungen des Sprachzentrums 770.
S. Takashima. Hydrophthalmus congenitus 1004.
J. Takeno. Blut bei Rheumatosen 261, 431 — Organischer und

anorganischer Stoffwechsel 572 — Mineralstoffwechsel 627.
F. B. Talbot. Akuter Duodenalkatarrh 265.
Fritz B. Talbot. Säuglingsernährung und Stuhluntersuchungen 620 — Tuberkulose der mesenterialen Lymphdrüsen 717 — Darmsand 911.
Fritz B. Talbot und **Francis G. Benedikt.** Säuglingsstoffwechsel 624.
Fritz B. Talbot, Walter J. Dodd und **Hugo A. Peterson.** Experimenteller Skorbut und Röntgendiagnose des Skorbuts 1005 — Kalzinose 1005.
Fritz B. Talbot und **Sisson.** Formalinausscheidung 563.
Fritz B. Talbot und **Towle.** Ekzem und Verdauungsstörung 211.
H. L. Tales und **F. H. Mc Crudden.** Kalziumausscheidung in den Fäzes 247.
Tallant. Ophthalmia neonatorum 274.
Julius Tandler und **Siegfried Grosz.** Eunuchoidismus 1020.
R. Tanner, Hewlet und **A. T. Nankivell.** Diphtherie-Endotoxin 253.
Tanon Martel und **Chrétien.** Agglutination des Micrococcus Melitensis 613.
Stephan V. M. Tara. Anasarka 259.
Arthur L. Tatum. Morphologische Studien bei experimentellem Kretinismus 1004.
Taube. Berufsvormundschaft, Pflegevormundschaft, Pflegekinderaufsicht 284.
G. B. Taylor. Adenoide bei Schulkindern 725.
Henry Ling Taylor. Rachitis 272.
Henry Ling Taylor und **Clark.** Chirurgische Behandlung der spastischen zerebralen Diplegie 833.
Teague. Tröpfcheninfektion bei Diphtherie 845.
Teeqmenne. Angeborenes Fehlen des Radius und der Fibula 760.
Fritz Tedesko. Arthrigonbehandlung der Arthritis gonorrhoica 257 — Benzoldarreichung bei Blutkrankheiten 261.
Moritz Teich. Anstellung besonderer Schulaugenärzte 747.
J. Teissier. Wesen und Einteilung der sogenannten funktionellen Albuminurie 999.
Pierre Teissier und **Pierre Gastinel.** Serumreaktionen bei der menschlichen oder experimentellen Vakzine und Variola 979.
Pierre Teissier und **Pierre Louis Marie.** Serumbehandlung der Blattern 646.
C. D. Telford. Hemihypertrophie 441.
J. van Ebbenhorst Tengbergen. Achondroplasie 743.
Tenney. Städtische Milchkontrolle in Ohio 624.
F. Terrien. Lähmung der beiden Externi dextri diphtherischen Ursprungs 258 — Nebennieren und Erbrechen 263 — Augensymptome bei Hirntumoren 1004.
F. Terrien, L. Babonneix und **Dautrelle.** Nervöse Erbsyphilis 258 — Optikusatrophie und erworbene Muskelatonie 739.
F. Terrien und **A. Dantrelle.** Traumatische Augenerkrankungen 747.
Ito Tetsuta und **E. Friedberger.** Pathogenese des Fiebers 610.
Ernst Tezner. Anteilnahme des sympathischen Nervensystems an den Erkrankungen des Säuglings **399,** 1004.
C. Thalacker. Beeinflussung verschiedener Erkrankungen durch akute Infektionskrankheiten 646.
Christine Thaler. Baby-Kochbuch 183.
Lewis Thatcher. Angeborener Defekt der Bauchmuskeln 602 — Kongenitaler Bauchmuskeldefekt mit Anomalie des Harnapparates 1020.
Lewis Thatcher und **J. W. Simpson.** Salvarsanbehandlung der kongenitalen Syphilis 987.
A. E. Thayer. Epidemische Zerebrospinalmeningitis 646.
A. C. Thaysen und **J. Thöni.** Micrococcus mucofaciens n. sp. 147, 662.
Kamilla Theimer. Kinderschutz und Jugendfürsorge auf dem Lande 763.
Léon Thévenot. Perinephritische Phlegmone beim Kind 763.
Lucien Thévenot. Thyreoidinbehandlung der Nephritis 999.
André Thèves. Tuberkulose mit multiplen Herden und Sequestern 984.

Thibault. Meningeale Blutungen 630.
Thibierge. Schankerartige Ulzeration der Vulva 734.
Ad. Thiele. Bekämpfung der Tuberkulose 258 — Bewegung und Ruhe 286 — Biologie der Schulanfänger 767, 1026.
M. Thiemich. Behandlung der Krämpfe 389 — Ärztliche Forderungen zur Organisation der Stillbeihilfen 1024.
J. Thiers und **Henri Dufour.** Übertragung der Tuberkulose von der Mutter auf den Fötus 652.
R. Thoma. Schädelwachstum und seine Störungen 744 — Fötales Wachstum 967.
Thomas. Senkungsdrainage beim Empyem 488 — Neue Färbemethode 688 — Vorzeitige Körperentwicklung 689.
Thomas und **Hornemann.** Infektion und Ernährung 515.
E. Thomas. Riesenwuchsähnliche Zustände 202 — Myxödem 228 — Adrenalinwirkung 613.
Erwin Thomas. Biologie der Kolostrumkörperchen 624.
John Jenks Thomas. Retardierte Entwicklung und konstitutionelle Inferiorität in Erziehung und Verbrechen 1001 — Totaler Femurdefekt 1020.
Thompson. Städtische Milchversorgung 247 — Diabetes beim Kind 272.
Cuthbert Thompson. Schwarze Masern 979.
William M. Thompson. Einfluß der Thyreoidea auf Schwangerschaft und Laktation 994.
A. Thomsen und **L. Bahr.** Ätiologie der Cholera infantum 241.
Frederic Thomson. Differentialdiagnostische Besprechungen 212.
John Thomsen. Infektion der Harnwege durch Kolibazillen beim Kind **564**, 454, 999.
O. Thomsen. Poliomyelitis 646.
William Hanna Thomson. Sporadische und epidemische Poliomyelitis 194, 646.
W. W. D. Thomson und **Robert Reid William Calwell.** Noduläre Leukämie 724.
J. Thöni und **A. C. Thaysen.** Micrococcus mucofaciens n. sp. 147, 662.
William Thorburn. Chirurgische Behandlung 1016.
W. M. Thornton. Elektrische Leitfähigkeit der Bakterien 12.
Oskar Thorspecken. Myatonia congenita 97.
William C. Thro und **M. Neustaedter.** Experimentelle Poliomyelitis 224.
Max Thürlings. Genuine lobuläre Pneumonie 722.
Hugh Thursfield und **H. M. Scott.** Subaortale Stenose 720.
H. Letheby Tidy. Tetanus behandelt mit intraspinalen Injektionen von Magnesiumsulfat 979.
M. Tièche. Epidemiologisches und Experimentelles über Variola und Vakzine 951, 979.
Tiffenau und **Lepage.** Unstillbares Erbrechen 618.
C. B. Tilanus. Hysterischer Schulterblatthochstand 801.
J. Tillgren und **A. Troell.** Arthritis paratyphosa tarsi 847.
J. Tillmans. Storchsche Reaktion 12 — Vorprüfung der Milch auf Wasserzusatz 12.
A. Tilmant. Prophylaxe im Säuglingsalter in den Krippen und Milchverteilungsstellen 1024.
Tilp. Spina bifida sacralis anterior 760. — Hochgradige Verfettung der Nebennieren 994.
L. Tissier. Abort und Gesetz 284 — Lebensfähigkeit der Neugeborenen 630.
L. Tissier und **Brumpt.** Kongenitale Malaria 979.
L. Tissier und **Giraulet.** Große hereditäre syphilitische Milz 648.
L. Tissier und **Labourdette.** Clavikulafraktur 276.
Léon Tixier. Veränderungen des Bindegewebsknorpels 272.
L. Tixier und **L. Babonneix.** Hereditäre Syphilis und Littlesche Krankheit 647 — Perniziose Anämie von aplastischem Typus 723.
L. Tixier und **P. Fredet.** Hypertrophische Stenose der Leber 266 — Hypertrophische Pylorusstenose 728.
Léon Tixier und **P. Nobécourt.** Injektionen von Pepton Witte bei familiärer Hämophilie und Purpura 742, 907.
Léon Tixier, P. Nobécourt und **Maillet.** Barlowsche Krankheit

441 — Blutbefunde und osteomeduläre Veränderungen bei Barlowscher Krankheit 742.
Léon Tixier und **G. Paisseau.** Intradermoreaktion auf Tuberkulin 255.
Léon Tixier und **Carle Roederer.** Dystrophia osteo-muscularis mit Zwergwuchs 272.
Klara Tluchow. Verhütung ansteckender Krankheiten 236.
Adel Tobias. Prognose und Ätiologie der Kinderhysterie 1004.
L. Tobler. Chemismus des Säuglingsmagens 12, 77.
Todd. Ohrenkomplikationen von adenoiden Wucherungen 749.
R. Toida. Kongenitale sanduhrförmige Gallenblase 731.
J. Tolotschinow. Methode der bedingten Reflexe zur Untersuchung der Rindenzentren des Hundehirns 773.
E. Tomarkin und **Henri Carrière.** Variola und Vakzine 251.
Tomlinson. Augen-, Ohren-, Nasen- und Rachenpflege bei Schulkindern 286.
L. S. Tomkys. Polio-Enzephalomyelitis in South-Staffordshire 225.
C. Tönniges. Geburtenrückgang 186.
H. H. Tooth. Progressive doppelseitige Hemiplegie 739.
O. N. Torian. Künstliche Säuglingsernährung 620.
Nadine Torkatscheff. Myositis 271.
John C. Torrey. Bakterien der Fliege 412.
Felice La Totte. Beziehungen zwischen dem Peritoneum und dem Muskelgewebe des Uterus 611.
Touchard und **Meaux-Saint-Marc.** Poliomyelitis im Verlaufe sekundärer Syphilis 258.
F. Touplain und **F. Bordas.** Milch 2 — Phosphor in der Milchasche 622.
Tourniere und **Duening.** Spina bifida 1020.
Towle und **Talbot.** Ekzem und Verdauungsstörung 211.
Towrsend. Prognose der Kinderlähmung 876.
Trambusti. Chinin in der Scharlachbehandlung 646.
A. H. Traver. Menschliches Blutserum bei Hämophilie 742.
C. H. Treadgold. Myeloide Leukämie mit dem Blutbilde der sogenannten megaloblastischen Degeneration 724, 906.
Mérigot de Treigny und **Meslay.** Zerebraler Rheumatismus 258.
A. Trendelenburg. Schülerverirrungen 818.
Amandus Trepper. Gewichtsabnahme der Neugeborenen 630.
W. H. Trethowan. Poliomyelitis 258.
André Trèves und **Aug. Broca.** Behandlung der Pottschen Krankheit nach Lannelongue 1011.
H. Triboulet. Pseudodarmverschluß und Pneumokokkensepsis 258 — Arsenbehandlung der Chorea 271 — Pyodermitis 273 — Hospitalskrippen 284 — Hyperämische Erscheinungen am Verdauungstraktus 620 — Pneumokokkensepsis und intestinale Erscheinungen 646 — Syphilitischer Ursprung der Chorea 739 — Alkaptonurie 966.
H. Triboulet, Albert-Weil und **Paraf.** Purpura 273.
H. Triboulet und **Debré.** Intestinale und mesenteriale Tuberkulose ohne Lokalisationen im Thorax 717.
H. Triboulet, R. Debré und **Godlewski.** Spasmophiles Syndrom bei Entwicklung des Hydrozephalus 739.
H. Triboulet, Debré und **Paraf.** Meningitis cerebrospinalis 646.
P. Tridon. Kongenitale Hypertrophie der rechten unteren Extremität 760 — Häufigkeit der Gonokokkenperitonitis 979.
A. Trillat. Milchfermente 12 — Ursachen der Milchgerinnung 624.
A. Trillat und **M. Fauossier.** Verunreinigung der Milch mit Typhusbazillen durch Wasser 964.
Fritz Trillmich. Rachitische Verkrümmungen der unteren Extremitäten 1017.
J. Trinchese. Luetische Infektion des Fötus 650.
I. W. Troitzky. Magendarmstörungen der frühesten Jugend 884.
A. Troell und **J. Tillgren.** Arthritis paratyphosa tarsi 847.
Richard Trommsdorf. Mastitisfrage 12.

Trömmer. Sklerodermie 746 — Doppelseitige Zyste im Großhirn 783.
Giorgio Tron. Zyanose bei angeborenen Herzfehlern 720.
Trumpp. Rektaler Schleimepithelpfropf 118, 169 — Heine-Medinsche Krankheit bei Geschwistern 341, 483, 646 — Diagnostik und Therapie der Oxyuriasis 342 — Moderne Säuglingsbehandlung 763.
T. N. Tschebotarewskaja. Akute Leukämie 153 — Pinealistumoren 727, 908.
C. Tsiminakis und **A. Zografides.** Ätiologie und Therapie der Epilepsie 805.
A. H. Tubby. Chirurgische Behandlung der tuberkulösen Gelenkserkrankungen 162 — Chirurgische Tuberkulose 984.
Kurt Tucholsky und **Krassmöller.** Reifeprüfung und Nervosität 1025.
Tuckermann. Erfolge einer Schule für Krüppel in Cleveland 755.
Gustav Tugendreich. Einfluß der natürlichen und künstlichen Ernährung 244 — Schwimmende Säuglingskrippen 284 — Einfluß der sozialen Lage auf Krankheit und Sterblichkeit des Kindes 466 — Infektiöses Exanthem 692 — Saugflaschengesetz 692.
G. Tugendreich und **M. Mosse.** Krankheit und soziale Lage 708.
G. Tugendreich, F. Rolffs und **W. Birk.** Öffentlicher Kinderschutz 184.
Henry Enos Tuley. Akute katarrhalische Bronchitis 260 — Akute Enterokolitis 265 — Säuglingssterblichkeit 284 — Säuglingsernährung 962.
Ruth Tunnicliff. Kolostrum und Milchantikörper 247 — Phagozytose bei Masern 258 — Antikörpergehalt des Kolostrums und der Milch des Menschen 566 — Phagozytäre Wirkung der Leukozyten bei Masern 579.
Ruth Tunnicliff und **George H. Weaver.** Antistreptokokkenserum 484.
Wilhelm Türk. Klinische Hämatologie 187 — Benzolbehandlung der Leukämie 261.
Laura Turnau. Schicksal der unehelichen Kinder Düsseldorfs 763.
R. Turnau und **B. Pfyl.** Herstellung von Milchserum 9, 623.
Herbert Turnbull und **James Mc Intosh.** Übertragung des Poliomyelitisvirus auf Affen 253 — Poliomyelitis 900.
J. Turner. Amaurotische Idiotie 166 — Ursachen und Behandlung der Sommerdiarrhöe 962.
A. Tupa und **C. Parhon.** Infantilismus bei einem Idioten mit Mikrogyrie 271.
Tweedy. Säuglinsdiarrhöe 244.
Rewecca Twerskaja. Hämophilie 244.
Frank E. Tylecote. Diphtherie des Magens 646, 896.

Albert Uffenheimer. Bericht über die Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde 335, 929 — Harngiftigkeit und Anaphylaxie 362 — Neuere Untersuchungen zur Kaseinfrage 932.
W. Uffenorde. Therapie des Scharlachs 646 — Autoskopie bei erschwertem Dekanülement 749.
P. Uhlenhut und **P. Mulzer.** Infektiosität von Milch syphilitischer Frauen 477, 663, 650.
Rudolf Uhlirz. Pädatrophie 469, 621.
Walther Uhlmann. Pneumokokkenerkrankungen der Knochen und Gelenke 736.
Ulbrich. Berufswahl der Krüppel 764.
E. Ullmann. Therapeutische Anwendung von Normalserum bei juckenden Dermatosen 875.
Hermann Ulmann. Milch euterkranker Kühe 12.
Ulrich. Epilepsiebehandlung bei salzarmer Kost 329.
Martha Ulrich. Lehre vom angeborenen Kernmangel 1004.
L. Unger. Pathologie und Klinik der Neugeborenen 291 — Icterus neonatorum 202.
W. F. Steyn Parvé Unia. Zahnärztliche Hilfe an Schulkindern 767.
S. Unterberger. Bedeutung der lymphatischen Konstitution 632.
P. Brooke Unwin und **Alfred Eddowes.** Erythem 212.
Tamonji Urano. Spina bifida 760.

Julius Urszinyi. Erfolgreiche Therapie des Scharlachs mittels präventiver Rachenspülungen während der Inkubationszeit 979.
Walther Usener. Salolspaltendes Ferment in Frauenmilch 12, 205 — Luftschlucken 210 — Nabelschnurbruch 277, 443 — Maligne Tumoren 394, 753 — Verteilungs- und Ausscheidungsverhältnisse des Urotropins im menschlichen Körper 966.
C. A. A. Utt. Milch 663.

Valdameri. Untersuchungen über die Viskosität des Blutes 724 — Dermoidzyste 752.
Eugénie Valleix. Emotiver Ikterus 266.
Charles Valenciен und **Edwin Ackermann.** Kupfersulfatserum 245.
Valette und **Deléarde.** Theorie der Sydenhamschen Chorea 737.
J. Valley. Menstruatio praecox 611.
Vandeputte. Klinische Wirkungen des Paratoxins bei Lungentuberkulose 984.
C. Vanlair. Rachitis und Magenektasie 1007.
Amaury Vannesson. Kongenitale Zwerchfellshernie 277.
J. Vanverts. Zyste des Ovariums 1016.
Ferrussio Vanzetti. Kongenitale Atresien der Gallenwege 731.
A. Varay und **O. Gratz.** Erkennung von Mastitismilch 5.
G. Variot. Diarrhöe bei Brustkindern 12 — Radiologie der Säuglingskrankheiten 239 — Pneumothorax 260 — Erosives Erythem 273 — Nässender Intertrigo nach einem Durchfall 621 — Reichliche Milchsekretion 621 — Unstillbares Erbrechen 621 — Wiederkäuen bei einem jungen Mädchen 621 — Resultate der atypischen Vakzination mit der polyvalenten Typhusvakzine von Vincent 647 — Die Stellung der Wiege als Faktor der Asymmetrie der Brustdrüse 663, 965 — Kongenitale Aphasie bei scheinbarer Erhaltung der Intelligenz 739 — Rousselsches Gesetz vor der medizinischen Akademie 763 — Institut für Jugendfürsorge 764 — Tätigkeit des Instituts de puériculture 764 — Wiedereinrichtung des Instituts de puéricuture de l'Hospice des Enfants-Assistés 764 — Mißbrauch der Wage bei Kontrolle der Säuglingsernährung 962 — Starke Hypotrophie durch Unterernährung 962 — Syphilis hereditaria 987 — Provinzialschulen zur Ausbildung von Ammen und Pflegerinnnen für unterstützte Kinder 1024.
G. Variot und **G. Barret.** Magendilatation infolge Unterernährung 244.
G. Variot, G. Barret und **Sédillot.** Entdeckung eines Pyopneumothorax durch das Röntgenverfahren 722.
G. Variot, Bonniot und **F. Caillíau.** Hemispasmus der Unterlippe 271.
G. Variot und **F. Caillíau.** Leberzirrhose 266.
G. Variot, H. Grenet und **H. Dumont.** Vakzinetherapie des Typhus 979.
G. Variot und **P. Lavialle.** Zuckerreiche Milch bei infantiler Dyspepsie 456, 621 — Kalorimetrie 966.
G. Variot, P. Lavialle und **Rousselot.** Saccharose bei Dyspepsie 244 — Kondensierte Milch 247 — Veränderung der Milch durch Überzuckerung 247.
G. Variot und **Lorenz Monod.** Sclérème en plaques 1008 — Symmetrisches Lipom der Fußsohlen 1016.
G. Variot und **Pironneau.** Kongenitale Debilität 630.
G. Variot und **Rousselot.** Pleurales Plätschergeräusch 260.
G. Variot, Zuber, Lavaille und **Sédillot.** Trockenmilch 247, 663.
Vaerting. Günstigstes elterliches Zeugungsalter für die geistigen Fähigkeiten der Nachkommen 956.
J. Vas. Dystopie der inneren Genitalien 169 — Osteoarthropathie hypertrophiante pneumique 1000.
B. Vasoin. Ursprung der multiplen Bronchektasien 722.
Vaudescal. Maternity Benefit in England 397.
Vaudescal, Hauch und **Lemeland.** Stoffwechsel in der Schwangerschaft 572 — Ernährung während der Schwangerschaft 961.

Vaughn. Augenschutz bei Schulkindern 1026.
Vaughn und **Black.** Augenschutz für Schulkinder 765.
de Vaugiraud. Tonsillar- und Peripharyngealabszeß 277.
de Vaugiraud und **Comby.** Papillome der Vulva 267.
de Vaugiraud. Erythrodermia desquamativa 746.
Vautrin. Zystische Tumoren des Uterus kongenitalen Ursprungs 1016.
Victor Veau. Thymushypertrophie und Radiotherapie 263 — Enormer Prolapsus recti 730 — Echinokokkus des Douglas 979.
T. Veau und **L. Lamy.** Ektrodaktylie 1020.
Victor Veau, Sédillot und **Grenet.** Pylorusstenose 264.
Veeder, S. Berden, Robert Kilduffe und **A. T. Denny.** Akute Darmerkrankungen 621.
Theodor Veiel und **Fritz.** Therapie des Ekzems 212.
Veil-Picard, Paterne und **Sergent.** Rousselsches Gesetz 763.
Veil-Picard und **Sergent.** Rousselsches Gesetz 1024.
Felix Veintemillas. Pseudotyphus 979.
R. van den Velden. Pharmakotherapie mit anorganischen Kalksalzen 958.
Reinhard von den Velden. Infantilismus 994.
Solon Veras. Herpes zoster 223, 273. — Malznahrung bei Enteritis 884.
Louis Verdelet. Echinokokken bei Kindern 979.
Ph. Verderame. Sensibilität und Nervenendigungen in der Kornea 402, 747.
Edouard Verdoux. Maligne diphtherische Angina 258.
R. de Vernejoul und **Ch. Mattel.** Pyonephrose 999.
A. Vernes, M. Bloch und **E. Jeanselme.** Behandlung syphilitischer Schwangerer mit Salvarsan 649.
José Verocay. Kasuistik der angeborenen Aortenatresie in der Nähe des Ductus arteriosus Botalli 988.
Verrier und **Fabre.** Äthernarkose bei Ammen 239.
Josef O. Vértes. Wortgedächtnis 241.
Vervoort und **Schüffner.** Oleum chenopodii gegen Ankylostomiasis 360.
Viannay. Operation einer angeborenen Enzephalozele 277 — Anorektale Imperforation 760.
Paul Vidal. Melaena neonatorum 244.
Paul Viereck. Neues Diphtherieschutzmittel 486, 647.
Paul Viereck und **Paul Römer.** Behandlung und Wesen der Diphtherielähmung 977.
P. Vieth. Leistungsprüfungen von Ziegen 663.
Vignard. Angeborene Hüftgelenksluxation 278 — Arthrodese mittels Nagelung durch einen Elfenbeinstift wegen paralytischen schlaffen Klumpfußes 756 — Behandlung des Klumpfußes 1017.
S. de Villa. Beginnende Optikusatrophie 1009.
Jean Villianova. Consultation de Nourrissons 284.
E. Petit de la Villéon. Meningozele des Hinterkopfs 760 — Appendikuläre Hernie 1016 — Retrotalagie 1016 — Coxa vara und kongenitale Hüftluxation 1017.
E. Villiger. Sprachentwicklung und Sprachstörungen beim Kinde 704.
Vincent. Behandlung der Hämophilie 208 — Vakzinetherapie bei Typhus 979.
Beth Vincent. Hämorrhagische Erkrankung des Neugeborenen 249, 291.
Ralph Vincent. Pasteurisierte Milch 965.
W. H. Vincent und **Duncan C. L. Fitzwilliams.** Gangrän des Beines 750, 922.
Vinton. Ärztliche Schulaufsicht und Hausarzt 1026.
Maurice Virenque. Primäre Tumoren der Angina 1016.
F. Visco. Adenoidismus und Anämie beim Säugling 724.
Carlo Viscontini. Thymushypertrophie 994.
C. Vitalle und **G. A. Petrone.** Spasmophilie und Nebenschilddrüsen 249.
A. Vivier. Milch 12.
Vogel. Marantische Thrombose nach tuberkulöser Peritonitis 115, 118 — Möller-Barlowsche Krankheit 136 — Periostitis ossificans luetica 136.

H. Vogel. Milz als Organ des Eiweißstoffwechsels 358.
K. Vogel. Familiäres Auftreten von Polydaktylie und Syndaktylie 1020.
E. Vogt. Weichteildefekte am Kopfe Neugeborener 279.
Emil Vogt. Hernia duodeno-jejunalis 1016.
Hans Vogt. Prophylaxe und Ernährungstherapie der Lungenerkrankungen 154, 722 — Psychotherapie 1001.
Hans Vogt und **Pielstieker.** Künstlicher Pneumothorax 309.
Hans Vogt und **Gotthard Zacharias.** Spirometrische Untersuchungen über die Atmung von Kindern bei abnormen mechanischen Bedingungen **586.**
Vogt und **Lederer.** Spirometrische Untersuchungen 309.
Voigt. Kuhpockenimpfung und Lama 397.
August Friedrich Voirol. Untersuchungen über Refraktion, Farbensinn und Muskelgleichgewicht an Augen von Schulkindern 402, 767.
Roger Voisin und **Henri Stévenin.** Pneumokokkenmeningitis 979.
Ernst Voelckel. Rechtshändigkeit beim Säugling 611 — Nachweisverfahren der Diphtheriebazillen 880, 979.
R. Volk. Subkutane Sarkoide 875.
Volland. Zerebrales Angiom 783 — Kasuistik der unsteten affekt-epileptischen Psycho- und Neuropathen 805.
Volmat und **Voron.** Autopsie eines Kindes einer diabetischen Mutter 630.
E. Vollmer. Kinderheilstätten und Seehospize 398, 984.
Carl Vollrath. Enzymgehalt der Kuhmilch 12.
Wilhelm Völtz und **Johannes Paechtner.** Alkoholgehalt der Milch 663.
Bernhard Vonnahme. Hämolytische Wirkung der Kolostralmilch 12.
Irving Wilson Voorhees. Gefährliche Mittelohreiterung 1010.
N. Voorheeve. Einfluß großer Kalkgaben auf die Kalkbilanz 627 — Kalkariurie 627 — Tuberkulose und Kalkstoffwechsel 627.
Voron und **Gravier.** Neugeborene von 5300 g 248.
Voron und **Volmat.** Autopsie eines Kindes einer diabetischen Mutter 630.
Vorpahl. Melaena neonatorum 476.
Van Vorst. Unterhaltung des Kindes 736.
G. Voss. Einfluß der sozialen Lage auf Nerven- und Geisteskrankheiten 466.
Heinrich Voss. Entwicklungsstörungen des kindlichen Hodens 999.
E. de Vries. Pseudotetanus 801.
H. C. van den Vrijhoef. Hirschsprungsche Krankheit 730.
M. Vromen. Mißbildung der Geschlechtsorgane 268.
L. Vuaflart. Milch 663.
Oskar Vulpius. Sehnenüberpflanzung bei Poliomyelitis 224 — Behandlung des angeborenen Klumpfußes 395, 756 — Abbottsche Behandlung der Skoliose 497 — Lichtbehandlung der chirurgischen Tuberkulose 584 — Sehnenoperationen und Nervenoperationen bei spastischen Lähmungen 833.
Adolf Vystavel und **Josef Schippmann.** Innere Sekretion der Mamma 662, 727.

F. L. Wachenheim. Amerikanische Literatur über Poliomyelitis 193 — Pirquetsche Tuberkulinreaktion 717, 902.
Alfred Wachter. Seltener Fall von kongenitaler Kniegelenksluxation 1016.
Fritz Wagner. Metastatische Karzinomatose des Herzmuskels 259
Gerhard Wagner. Conradi-Trochsche Tellurplatte zum Diphtherienachweis 647.
H. Wagner, R. Walker und **H. Oestermann.** Einfluß des Lichtes auf Fette 663.
Wagon. Leishmaniosis durch Arsenobenzol behandelt 980.
Wahl. Beginn der Fürsorge für anormale Kinder 1001.
Fritz Wahrendorf. Wege zur Säuglingsfürsorge 764.
Leon T. Le Wald und **Godefrey Roger Pisek.** Pylorusstenose 201, 265.
Wilh. Waldeyer. Mikrozephalie 760.
Waldron. Milchstationen und Säuglingssterblichkeit 764.

Walker. Regelmäßige Desinfektion in Schulen 767.
Norman H. Walker. Scharlachbehandlung mit Streptokokkenvakzine 980.
R. Walker, H. Oestermann und **H. Wagner.** Einfluß des Lichtes auf Fette 663.
Walkhoff. Erdsalze und ihre Bedeutung für die Zahnkaries 711.
Max Wall. Postnatale Ursachen der Säuglingssterblichkeit 284 — Weiterentwicklung frühgeborener Kinder 631.
G. H. Wallace und **Douglas Symmers.** Pathologisch-anatomische Veränderungen der Schilddrüse 1007.
Waller. Intubation 277.
Wallfield. Multiple Neuritis 740.
H. J. F. Wallhauser. Hauterkrankungen 273.
de Walsche. Rubeola 980.
J. C. M. Walter. Bescheinigung der Todesfälle 457.
Richard Walter. Wachstumsschädigungen durch Röntgenstrahlen 238 — Histopathologie der Poliomyelitis 258, 781.
E. H. Walters. Trypsinwirkung 12.
Erich Walther. Formale und kausale Genese der Brustmuskel- und Brustdrüsendefekte 760.
Albert J. Walton. Kongenitale Verlagerung der Gallenblase 231.
Wm. Keighley Walton und **F. W. Richardson.** Milch 662.
Wanner. Entzündliche Mittelohrerkrankungen 123.
Gordon R. Ward. Leukämie 207, 262.
Louis M. Warfield. Peptidspaltendes Enzym in Frauenmilch 13.
G. Warstat. Kongenitale Dünndarmsyphilis 650.
S. Wassermann. Therapie des Keuchhustens 980.
Hans Wassing und **Theodor Bauer.** Adipositas hypophysarea 992.
N. Wassilieff. Tarsalgie 1016.
Artemy Wassjutotschkin. Ursprung der myoiden Elemente der Thymus des Hühnerembryos 994.
H. Ferguson Watson. Fruchtbarkeit bei syphilitischen Eltern 650.
H. F. Watson und **C. H. Browning.** Paroxysmale Hämoglobinurie und ihre Beziehungen zur Syphilis 985.
H. Ferguson Watson und **Leonard Findley.** Mundekzem 904.
Watters. Streptokokkenvakzine in der Scharlachprophylaxe 295.
Wäzold und **Adam.** Conjunctivitis tuberculosa 401.
George H. Weaver und **Ruth Tunnicliff.** Antistreptokokkenserum 484.
A. Weber. Milchversorgung auf dem Lande 13.
Ew. Weber. Diagnose des Frischmilchendseins nach Schern 663.
L. W. Weber. Epilepsie als klinischer Krankheitsbegriff 805.
Wilhelm Weber. Atresie des Duodenums 730.
F. Parkes Weber. Diabetes insipidus 153 — Kalzinosis des Unterhautbindegewebes 273, 598 — Mitraler Zwergwuchs 744, 904 — Infantilismus 907 — Familiäre zerebellare Ataxie bei zwei Halbschwestern 1004 — Fulminanter Fall von Purpura haemorrhagica 1008.
Wechsler und **Oppenheim.** Kutanreaktion bei gesunder und erkrankter Haut 952.
David F. Weeks. New Yersey für Epileptische 272 — Abnormale Atmung und fehlerhafter Zahnverschluß 391.
L. Weekers. Ophthalmia purulenta neonatorum 96 — Behandlung der kongenitalen Ptosis durch Überpflanzung des M. rectus sup. auf den M. levator palpebrae 1009.
Walter Wegelins. Antikörperübertragung aufs Kind 13.
M. I. Wegmann. Heimkehrfälle bei Scharlach 647.
Wehrhahn. Anforderungen an Schulanfänger 460.
Wehrhahn und **Steinhaus.** Körperliche und geistige Anforderungen an den Schulneuling 767.
Wolfgang Weichardt und **Paul Haussner.** Dauerträger und Dauerträgerbehandlung bei infektiösen Darmerkrankungen 647.
Wolfgang Weichardt und **Martin Pape.** Dauerträger und Dauerträgerbehandlung bei Diphtherie 647.
Wolfgang Weichardt und **Schittenhelm.** Endemischer Kropf in Bayern 796.
A. Weichselbaum. Verhalten der Epithelkörperchen bei Rachitis 858.

Martin Weicksel. Angeborener Schwachsinn bei Zwillingen 1004
G. Weidenbaum. Blennorrhöeprophylaxe 1009.
Richard Weigert und **Franz Steinitz.** Erfahrungen mit Molkensuppe **243,** 883, 962.
Franz Weigl. Intelligenzprüfung von Hilfsschülern nach der Testmethode 1001.
H. Weigmann. Nachweis der Pasteurisierung 13 — Reichsanstalt für Milchwirtschaft 663.
H. Weigmann und **A. Wolff.** Bakteriologische Untersuchungen 13.
August Friedrich Weihe. Angeborener partieller Riesenwuchs 744.
Albert Weil. Behandlung der Naevi (Taches de vin) 744 — Chemie des Gehirns 770.
Albert Weil und **Ribadeau-Dumas.** Röntgendiagnose der Miliartuberkulose 716.
Albert Weil, L. Ribadeau-Dumas und **Maingot.** Radiologische Studien über die Lungentuberkulose 256, 983.
Albert Weil, L. Ribadeau-Dumas und **Samet.** Radiographie und Radiotherapie der Mediastinalerkrankungen 992.
Mathieu Pierre Weil. Bakteriologische Diagnose des Keuchhustens 614, 980 — Komplementablenkung gegenüber dem Bordet-Gengouschen Bazillus bei Keuchhusten 980.
Mathieu-Pierre Weil und **Arnold Netter.** Komplementablenkung bei Keuchhusten 255.
P.-Emile Weil. Vakzinetherapie bei Typhus 980.
Weil, Morel und **Mouriquand.** Salvarsan bei Chorea minor 320.
B. Weill-Hallé. Enterocolitis dysenteriformis 265.
B. Weill-Hallé und **Pierre-Paul Lévy.** Barlowsche und Rigasche Krankheit 265.
B. Weill-Hallé und **P. P. Lévy.** Prophylaxe bei Diphtherie 980.
E. Weill. Angina bei Scharlach 258 — Diagnose der Pneumonie und der pseudolobären Bronchopneumonie 722 — Behandlung der Chorea 790.
E. Weill und **A. Dufour.** Infektiöser Pemphigus durch Staphylokokken 647, 875.
E. Weill und **Ch. Gardère.** Viskosität des Blutes 724 — Pathogenese der Pylorusstenose 996.
E. Weill, A. Morel und **G. Mouriquand.** Rektale Anwendung von Salvarsan 240, 650 — .
E. Weill und **G. Mouriquand.** Milch 13 — Eiweißmilch 245 — Radiologische Untersuchungen bei Pneumonie 261 — Trockenmilch 624, 965 — Epidemiologie der kindlichen Lungenentzündung 722 — Kroupöse Pneumonie 722.
E. Weill, G. Mouriquand und **Ch. Gardère.** Pneumonie bei Masern 980 — Nierentumor 1016.
Weill, Mouriquand und **Goyet.** Rektale Salvarsaninjektion bei Chorea 272.
E. Weill und **M. Péhu.** Radiotherapie bei Thymushypertrophie 263.
Wilhelm Weinberg. Einfluß der sozialen Lage auf Krankheit und Sterblichkeit der Frau 466 — Kinder der Tuberkulösen 582, 717.
August Weinert. Rektale Temperatursteigerungen 878.
Kurt Weinmann. Verschwinden der kutanen Tuberkulinreaktion während der Masern 717.
Richard Weintraub. Kongenitale Kutisdefekte 760, 875.
T. H. Weisenburg. Chorea 740.
R. J. Weissenbach und **E. Gaucher.** Chronische tuberkulöse Zervikaldrüsenerkrankung 652.
Anton Weiser. Kongenitale Dilatation der Blase, der Ureteren und des Nierenbeckens mit Zystenniere 735.
Stephan Weiser. Einfluß von Schlempe auf die Zusammensetzung der Milch 13 — Stoffwechsel des wachsenden Schweines 368.
Gustav Adolf Weiss. Diagnostik und Ätiologie angeborener Pulmonalstenosen 720.
Kurt Weiss. Hypophysentherapie bei Rachitis 744, 994.
Siegfried Weiss. Barlowsche Krankheit 459 — Säuglingsfürsorge und Kinderspital 499, 1025.
M. Weisswange und **F. E. Nottbohm.** Eisenbestimmung in Milch 9.
Weith und **Scholder.** Albuminurie und Lordose 735 — Lordotische

Albuminurie in Schulen von Lausanne 735, 953.
W. Weitz. In 4wöchigem Typus rezidivierende Meningitis serosa 786.
J. E. Welch. Normales Blutserum zur Behandlung hämorrhagischer Erkrankungen 720 — Menschenserumbehandlung bei Hämophilie der Neugeborenen 969.
Welde. Salvarsan bei Lues congenita 306.
O. Wellmann. Voll- und korrigierte Magermilch 663.
Wendel. Syphilitische Pflegekinder 1024.
O. Wendler. Vergleichende Fettgehaltsbestimmungen 624.
Romuald Wenglowski. Halsfisteln und Zysten 760.
L. M. de Buy Wenniger. Durch Schreck verursachte Alopecia 800.
Werner. Parakute Appendizitis 730.
W. Wernstedt. Poliomyelitisepidemie in Schweden 949 — Leukozytengehalt des Blutes 980.
Wilhelm Wernstedt, Carl Kling und **Alfred Petterson.** Heine-Medinsche Krankheit 638.
Werther. Pyämie 875.
F. Wesener. Bedeutung der Wassermannschen Reaktion bei der Verwendung von Ammen **446,** 852, 987.
H. Wessler und **H. Murray Bass.** Lage und Funktion des Herzens bei Kindern mit orthostatischer Albuminurie 732, 855, 987 — Persistenz des Ductus Botalli 760.
Wesson. Epidemische Zerebrospinalmeningitis 647.
Matthias Westenberger. Mischgeschwülste der kindlichen Scheide 393.
Max Westenhöffer. Verdoppelung des Rückenmarks 280.
F. Westhausser, A. Morgan und **C. Beyer.** Futterwert der ungesäuerten Zuckerrübenblätter für Milchtiere 661.
Weston. Wirkung von Eiweiß und Zucker auf Gärungsstörungen 245.
A. Westphal. Ätiologie und Symptomatologie der Chorea minor 790.
W. Weygandt. Infantilismus und Idiotie 740.
Th. Weyl. Handbuch der Hygiene 184.
James Wheatley. Diät der Kinder in bezug auf die Verhütung der Zahnkaries 1008.
G. H. Whipple. Septikämie, Melaena neonatorum und Leberzirrhose 720.
White. Infektion der Atemwege in der Schule 286 — Darminvagination 753.
Charles Stanley White. Ovarialteratome 1016.
Clifford White. Totale Duodenalokklusion 266 — Fehlen des Os sacrum 280.
Courtöand Y. White, Alfred Hand und **John Reichel.** Hydrophobie 1002.
J. Wistar White. Keuchhustenvakzine 257.
T. Wistar White, Kenneth D. Blackfan und **S. T. Nicholson.** Wassermannsche Reaktion 985.
W. Hale White. Myxödem 727 — Alimentäre Toxämie 962.
R. N. H. Anglin Whitelocke. Oxyuren 906 — Operation von eingeklemmten Hernien 922 — Operierter Fall von Halsrippe 1020.
Arthur Whitfield. Pediculi capitis 442.
E. A. Whitmore. Thymus 994.
Whitney und **Arms.** Zimmerdesinfektion nach Diphtherie 156.
Wickmann. Dekanülements- und Exkubationsschwierigkeiten 298.
Max Wichura. Erste Versorgung kranker Säuglinge 284.
Widal, Levaditi, Brodin und **Leoneano.** Kasuistik der Poliomyelitis 781.
S. Wideroe. Pyelozystitis 999.
Wiebe. Behandlung der Intubationsstenosen 553.
Adolf Wiechmann. Angeborene Mißbildungen des äußeren Ohres 749.
Wiegmann. Sehnervenentzündung nach Keuchhusten 403.
E. Wieland. Intermittierendes Herzgeräusch bei Trikuspidalatresie 508 — Angeborene Schilddrüseninsuffizienz 727 — Schwere Verdauungsinsuffizienz 962 — Angeborne Herzfehler 988 — Rachitis 1007.
Wiener. Sektionsbefund bei einem bulbären Fall von Poliomyelitis 194.

Josef Wiesel. Status thymicolymphaticus 727.
A. Wilborts, H. Méry und **H. Salin.** Hirnerkrankung bei Scharlach 255 — Meningitis durch Parameningokokken 641.
W. Wilborts, H. Salin und **H. Méry.** Familiäre Hämophilie 249.
Wilbur. Frühdiagnose der Poliomyelitis 194.
Karl Ruprecht Wilckens. Kongenitale Stenosen der männlichen Harnröhre 735.
Dewitt G. Wilcox. Kopfverletzungen der Neugeborenen 753.
Herbert B. Wilcox. Pikrinsäure als Hilfe bei der Behandlung verschiedener Hautläsionen 1008.
Herbert B. Wilcox und **Miner C. Hill.** Eiweißmilch bei Verdauungsstörungen 621, 838.
A. Wild. Schweizerisches Jahrbuch für Jugendfürsorge 709.
de Wilde. Heredität und Blutsverwandtschaft bei den Taubstummen der Niederlande 566.
Van den Wildenbergh. Voluminöser intrathorakaler stenosierender Kropf 994.
Ira S. Wile. Sexuelle Aufklärungen 286 — Hygiene des normalen Kindes 764 — Soziale Kinderheilkunde 764.
R. Wilhelm. Guajakreaktion hemmende Substanzen im Harn 627.
Karl Wilker. Höhere Schulen und Aufklärung über sexuelle Fragen 767.
J. S. Will. Milch 13.
Hermann v. Willebrand. Pituitrin gegen Kreislaufstörungen bei Diphtherie 605.
H. Willecke, H. Schellbach und **W. Jilke.** Wasserstoffhaltige Milchkonservierungsmittel 13.
Wilh. Willemer. Behandlung des muskulären Schiefhalses 756.
R. Willette. Aspiration beim Neugeborenen 248.
C. Willführ. Bedeutung der Bazillenträger für die Verbreitung übertragbarer Krankheiten 980.
R. Willheim. Chemie des Kaseins aus Frauen- und Kuhmilch 886.
Williams. Poliomyelitis 194 — Juvenile Psychasthenie 228 — Nervosität bei Kindern 272 — Epidemische Zerebrospinalmeningitis 647 — Psychogene Störungen 740 — Normale und zufällige Gefahrperioden für Lungenkrankheiten 905.
E. Cecil Williams. Frühzeitige Entwicklung 389, 614 — Störungen der Zirbeldrüse 908.
Lewis Williams. Ärztliche Aufsicht über vorschulpflichtige Kinder 767.
Mary H. Williams. Temperaturmessung bei Kindern 196.
Tom A. Williams. Hysterische Phobie 596 — Psychasthenie 596 — Hysterischer Angstzustand 740.
William Carlos Williams. Lungenerkrankungen 722.
David J. Williamson. Freiluftschule für Londoner Kinder 767.
P. O. L. Williatte. Systematisierte Naevi 746.
v. Wilmowski. Gesetzliche Regelung des Krippenwesens 284.
Carl Wilms. Langerhanssche Inseln des kindlichen Pankreas 266.
Wilson. Behandlung der Diphtheriebazillenträger 980.
Harold W. Wilson. Rhinitis caseosa 151 — Koliinfektion der Harnwege 913, 999.
James Alexander Wilson. Keloid der Augenlider 425.
James Alexander Wilson und **H. A. Harding.** Euterbakterien bei Kühen 660.
M. A. Wilson und Matthias Nicoll. Blennorrhoische Allgemeininfektion ohne Urethritis 734.
S. A. Kinnier Wilson. Symptomatologie der Halsrippen 1020.
S. J. Wilson. Henochsche Purpura behandelt mit menschlichem Blutserum 746.
Samuel M. Wilson. Behandlung des Keuchhustens mit einem Vakzin 846, 980.
Wimmenauer und **Stephani.** Schulzahnklinik oder freie Ärztewahl 286.
H. Windelöw und **H. J. Bing.** Blutzuckerbestimmungen 990.
James Macfarlene Winfield. Milchsäure und Darmirrigationen bei Psoriasis 746.
H. v. Winiwarter. Chemotherapie der Tuberkulose 984.
C. Winkler und **J. van Gilse van West.** Epilepsie 740 — Chorea als organische Krankheit 740 — Gehirn eines amaurotisch-idiotischen Mädchens 740 — Heilbare Meningitis 740.

C. E. A. Winslow. Einfluß der Streptokokken auf Kohlehydrate 13 — Epidemie von Tonsillitis durch infizierte Milch 415.
J. R. Winslow. Bronchoskopie wegen multipler Fremdkörper 1016.
Kenelm Winslow. Vorzugsmilch 247, 663.
Winternitz. Chineonal 300.
J. Wirth und **Harriehausen.** Toxinbefunde im Blute diphtheriekranker Kinder 637.
Lydia M. De Witt. Einwirkung des Staphylococcus aureus auf den Löfflerschen Bazillus 411.
H. Witte. Refraktion des Milchserums und Milchkontrolle 247.
H. Witte, Saunders, Johnson und **Zahorsky.** Vakzinebehandlung des Keuchhustens 300.
Wittich. Poliklinische Tuberkulinbehandlung 305.
Albert Wittmer. Angeborene Hornhauttrübung 747.
Karl Wittner. Schulhygienisches aus Oberschlesien 1026.
O. Witzinger. Pseudotetanus 227.
Wladimiroff. Hospitalmasern 93.
Henny Wodrig. Eitrige Infektion der Harnwege 999.
Franz Wohlauer. Köhlersche Erkrankung des Os naviculare pedis 756.
J. Wohlgemuth. Pankreas 13.
Julius Wohlgemuth. Durchtritt der Fermente durch die Plazenta 238.
Hans Wolta und **Felix Klemperer.** Salvarsan bei Scharlach 253, 295.
S. B. Wolbach und **J. A. P. Millet.** Diffuse subdurale Lipomatose des Rückenmarks 753, 1004.
J. K. Wold, H. Isaachsen, A. Lalim und **J. Grande.** Untersuchungen über den Fettgehalt der Kuhmilch 660.
Paul Wolfer. Basler Scharlachstatistik 647, 948.
A. Wolff und **Weigmann.** Bakteriologische Untersuchungen 13.
Bruno Wolff. Herkunft des Amnionwassers 888.
C. Wolff. Mehr Sonne 557.
Fritz Wolff. Melaena neonatorum 245, 369 — Multiple Sklerose 272 — Entstehung der Melaena neonatorum durch retrograde Embolie 630 — Fäzesuntersuchung auf Parasiteneier 967.
Georg Wolff. Kalk- und Phosphorsäurestoffwechsel des Säuglings 13 — Tetanus neonatorum 901 — Schwere Säuglingsanämie durch Typhus abdominalis 991.
Georg Wolff und **Kurt Frank.** Stoffwechsel eines atrophischen Säuglings 625, 841.
H. Wolff. Einfluß des Kalziums auf die Knorpelstellung 80.
Max Wolff. Intrauterin geheilte Hasenscharte mit Naevus-papilomatosus-Bildung 753.
Oskar Anton Wolff. Recht der geschiedenen Mutter 466.
Siegfried Wolff. Kasuistischer Beitrag zu der Arbeit von Döbeli: Über Verwendung von Opiaten im Kindesalter 11, 958 — Postdiphtherische Fazialislähmung 258, 426 — Hystero-Neurasthenie 352 — Multiple Enterospasmen 352 — Salvarsanbehandelte Mütter und ihre Kinder 359, 585, 650, 987.
Willy Wolff. Ambulatorische Tuberkulinbehandlung der Skrofulose und kindlichen Tuberkulose 984.
Wolfromm, Debré und **L. Ribadeau Dumas.** Meningitis beim Säugling 271 — Fulminante Meningitis 1004.
Richard Wolfsgruber und **Januaris v. Zubrzycki.** Normale Hämaglutinine in Frauenmilch 146, 621, 663.
A. W. G. Wollforde und **Eric Bellingham Smith.** Meningitis 271.
H. Wollin. Chronische Intussuszeption 488.
Wollmann und **Metschnikoff.** Bekämpfung der darmintestinalen Intoxikation 661.
Martha Wollstein. Bakteriologische Befunde 614.
Wollstein, Courtney, Moore, Holt, Levene, Brown. Einfluß eiweißreicher Ernährung 199.
Wollstein und **Morgan.** Blutkulturen 197.
Nicolaus Wolostnich. Trichterbrust 760.
Wolpe. Zähne des Kindes 328.
M. Wolters. Dermatitis exfoliativa 746.
Wood. Milchsäurebazillenspray bei Diphtherie 897.
A. W. G. Woodforde und **Eric Bellingham Smith.** Meningitis 439.

Chas. E. Woodruff. Behandlung von Diphtheriebazillenträgern mit Staphylokokken 980.
I. O. Woodruff. Radiographische Beobachtungen der Brust bei Meningitis tuberculosa 984.
S. S. Woody. Diazoreaktion bei Skarlatina und Serumkrankheit 258.
V. J. Woolley und **John Mellanby.** Pankreasfermente 626.
William C. Woolsey. Allgemeine Anästhesie in der Chirurgie des Kindesalters 1016.
G. Worms und **A. Hamant.** Schenkelhalsfrakturen 753.
Hans Wörner. Toleranz gegen Galaktose bei direkter Einführung in den Pfortaderkreislauf 967.
H. Worta und **F. Klemperer.** Salvarsan bei Scharlach 213.
Worthinton. Augenkomplikationen bei Parotitis 747.
Wrigh. Schiötzsche Methode zur Entfernung der Diphtheriebazillen von Kranken und Bazillenträgern 897.
Wilhelmine G. Wright. Muskelübung in der Behandlung der Kinderlähmung 647.
Benno M. Wronker. Papulonekrotische Tuberkulose 875, 902, 984.
E. Wulffen. Krimineller Spieltrieb beim Kinde 821.
Wuermeling. Einzelvormundschaft und Sammelvormundschaft 764. — Mündelsicherheit 764.
Wurtz. Fremdkörper im Ösophagus 1016.
Adolf Würtz. Säuglingsfürsorge in Elsaß-Lothringen 284 — Verteilung der Phosphorsäure auf Harn und Kot 627.
Hans Würz. Künstlerisches Moment im Unterricht und in der Ausbildung von Krüppeln 767.
C. W. Wyckoff. Röntgenbehandlung bei Thymushypertrophie 994.
Wylder. Poliomyelitis 876.
Edward Judson Wynkoop. Anwendung der Lumbalpunktion 612.

S. Yagi. Antitetanische Wirkung der Kalziumsalze 248.
S. Yagi und **H. Yamamoto.** Bestimmung von Milch- und Rohrzucker 663.
Yakovlev. Vakzinetherapie bei Keuchhusten 980.
G. Yamada, T. Kurashige und **R. Mayeyama.** Tuberkelbazillen im strömenden Blut 7.
H. Yamamoto und **S. Yagi.** Bestimmung von Milch- und Rohrzucker 663.
Macleod Yearsley. Dermoidzyste der Nase 152 — Verhütung der Taubheit 226, 413 — Adenoide im Kindesalter 262 — Ursachen der erworbenen Taubheit im Kindesalter 1010.
Yerington. Salvarsanbehandlung 258 — Ernährung im späteren Säuglingsalter 621.
Arvo Ylppö. Icterus neonatorum und Gallenfarbstoff 517 — Isoelektrischer Punkt des Kaseins 663.
Yugo Yokoyama. Wirkung der Thymus im Organismus 994.
James K. Young. Masernausbruch in Chigaco 258 — Fortschritt der orthopädischen Chirurgie 756.

Gotthard Zacharias und **Hans Vogt.** Spirometrische Untersuchungen über die Atmung von Kindern bei abnormen mechanischen Bedingungen **586.**
Ignaz Zadek. Hämorrhagische Erosionen und Magengeschwüre 245.
John Zahorsky. Keuchhustenvakzine 257 — Neue Fortschritte auf dem Gebiete der Nervenkrankheiten 1005.
John Zahorsky, Witte, Saunders und **Johnson.** Vakzinebehandlung des Keuchhustens 300.
Arthur Zaitschek. Rübenschnitzel und Rübenkraut 13.
Zak. Hexamethylentetramin 309.
Celina Zalewska-Ploska. Zweiteilung des Rückenmarks 760.
Giovanni Zanetti. Natürliche und künstliche Säuglingsernährung 13 — Eiweißbedarf 245 — Fettbedarf beim normalen Brustkind 663.
W. Zangemeister. Anwendung des neuen Diphtherieschutzmittels in der Marburger Frauenklinik 486, 647.
D. Zani und **G. Del Lago.** Infantilismus infolge Hypophysentumor 727.
Zaepfel und **Savariaud.** Fremdkörper der Trachea und der Bronchien 260.

J. Zappert. Epileptischer pseudobulbärer Symptomenkomplex 544 — Fehldiagnose bei Poliomyelitis 647, 700 — Prognose der Epilepsie 805.
Max Zarfl. Primärer tuberkulöser Lungenherd 219 — Angeborene Syphilis und angeborene Tuberkulose 258, 325 — Hirschsprungsche Krankheit 266 — Angeborene Tuberkulose 325, 717 — Nekrotisierende Zahnkeimentzündung 696, 749 — Anzeigepflicht der Tuberkulose beim Kind 717 — Leichenbefund bei Hirschsprungscher Krankheit 730, 939 — Pemphigus benignus congenitus 746, 875, 939.
T. Zatelli. Familiäre frühinfantile spinale und progressive Muskelatrophie 794.
Heinz Zeiss. Diagnostischer Wert der Darmkoliagglutination 612.
Robert Zeit. Undurchgängigkeit der Speiseröhre 435.
G. P. Zeleny. Hund ohne Großhirnhemisphären 773.
Helene Zellweger. Status lymphaticus 970 — Bedeutung des Lymphatismus und anderer konstitutioneller Momente für Gallensteinbildung 997.
E. Zeltner. Entwicklung des Thorax 561, 611.
Zembrzusky. Subkutane Karbolinjektion bei Tetanus 301.
Zenner. Sexualunterricht in der Schule 767.
Costanzo Zenoni. Situs viscerum inversus totalis 1020.
Arthur Zentler. Beziehung normaler und abnormaler Zahnbögen zur Atmung 391, 611.
Denis G. Zesas. Pathologie der idiopathischen Osteopsathyrose 1007.
Eduard Zetschke. Spasmophilie 632.
William Zeuner. Chemie der Tuberkulose und Skrofulose 985.
Th. Ziehen. Erkennung des Schwachsinns 182 — Gehirn und Seelenleben 236 — Psychopathische Konstitutionen 824, 1001.
Th. Ziehen, L. Bruns und **A. Cramer.** Handbuch der Nervenkrankheiten im Kindesalter 701.
Zieler. Behandlung der Hautkrankheiten 317.
M. Zigler. Gesichtsasymmetrie bei Skrophuloderma 746.
Juljan Zils. Teratoider Epignathus des Oberkiefers 1020.
Abraham Zingher. Bilaterales Thoraxempyem 990.
Ferdinand Zinsser. Zahnveränderungen bei kongenitaler Syphilis 650, 788.
W. Zipperling. Motorische Reizzustände bei Neugeborenen 98.
Zora Zivkovic. Eosinophile Leukozyten 238.
A. Zografides und **C. Tsiminakis.** Ätiologie und Therapie der Epilepsie 805.
F. Zollinger. Jahrbuch der schweizerischen Gesellschaft für Schulgesundheitspflege 709.
A. Zuber. Kongenitales Myxödem 263, 1005 — Kongenitaler Ikterus infolge Mißbildung der Gallengänge 266.
A. Zuber und **Bousselot.** Kongenitaler Ikterus durch Mißbildung der Gallengänge 266.
A. Zuber und **P. Petit.** Noma der Wange 647.
A. Zuber, Variot, Lavialle und **Sédillot.** Trockenmilch 247.
Januaris v. Zubrzycki und **Richard Wolfsgruber.** Normale Hämagglutinine in Frauenmilch 146, 621, 663.
Zuckermann. Hypophysenbefund bei Schilddrüsenaplasie 908.
Zuckmayer. Einfluß großer Eiweißmengen auf den gesamten Stoffwechsel 627 — Verwertung von Kalk und Phosphorsäure durch den Darm 627.
N. Zuntz und **A. Loewy.** Lehrbuch der Physiologie 466.
Zweifel. Verhütung der Augeneiterung der Neugeborenen 291.
Zwick und **Krage.** Ausscheidung von Abortusbazillen 663.
Fritz Zybell. Pleuraemphyem bei Säuglingen 309 — Verlauf der Spasmophilie 314, 632 — Einwirkung alimentärer und pharmakodynamischer Faktoren auf den Verlauf der Spasmophilie 574 — Empyem 990.

Sachverzeichnis.

Bei den Originalmitteilungen sind die Autornamen fett gedruckt.

Abartung, moralische (Anton) 824
Abbotts Methode zur Behandlung der Skoliose (Joachimsthal) 444 — (Calvé und Lamy) 753 — (Lance) 755 — (Schanz) 924.
Abdomen, Diagnose akuter Erkrankungen (Cautley) 878, 956 — (Corner und Cautley) 957 — Diagnose und Behandlung der akuten Erkrankungen (Lockwood) 996 — Behandlung akuter Abdominalerkrankungen (Mummery) 642
Abdomen, chronische Vergrößerung (Sheffield) 984.
Abdomen, Zerreißung der Bauchorgane (Grossi) 1012.
Abdomen, Tumoren (Lorenzini) 751.
Abdomen, Zyste der Bauchwand (Andeoud) 749.
Abdomen, angeborener Defekt der Bauchmuskeln (Thatcher) 602.
Abduzens, postdiphtherische Lähmungen (Rother) 644.
Abduzens, Spätlähmungen bei Schädelbrüchen (Broca und Desplas) 779.
Abführmittel im Kindesalter (Birk) 570, 612.
Abhärtung (Strasser) 955.
Abnahme, physiologische (Mensi) 266
Abnorme Kinder (Cimbal) 917 — (Dupuis) 740 — (Goodhart) 765 — (Gould) 766 — (Nesbit) 741 — (Neustaedter) 741 — (Roubinovitch) 1000 — (Royster) 741 — (Thomas) 1001 — (Wahl) 1001.
Abnorme Kinder, Entwicklung der Antisozialen und der moralisch Defekten (Naecke) 741.
Abnorme Kinder, Fragebogen für die Prüfung (Decroly) 1000.
Abnorme Kinder, Internate (Baguer) 1001 — Spezialanstalten (Le Clech'h) 1001.
Abnorme Kinder, sozial-hygienische Versorgung (Deutsch) 1022.
Abnorme Schulkinder (Royster) 1025.
Abnorme Kinder und öffentliche Schulen (Johnstone) 285.
Abnorme Kinder, Sonderklassen (Naville) 1025 — Hilfsschule in der Schweiz (Naville) 928.
Abort, therapeutischer (Tissier) 284.
Abort, Prophylaxe des luetischen (von Szily) 88, 650.
Abort, Ausscheidung von Abortusbazillen mit der Milch (Zwick und Krage) 663.
Abstillen (Etienne) 567 — (Feret) 242.
Abszeß der Leber (de Elizalde) 731 — beim Neugeborenen (Mensi) 266.
Abszeß der Lunge (Czaplicki) 174 — multipler (Porak) 256 — durch Pneumokokken (Barrington-Ward) 720.
Abszeß der Milz bei Scharlach (Gromski) 174.
Abszeß im Scheitellappen (André-Thomas) 749.
Abszeß der Mamilla (Condamine) 750.
Abszeß des Beckens nach Coxitis (Roux) 277.
Abszeß, Immunotherapie der multiplen Hautabszesse (von Szilly) 494, 746.
Abszeß, periaurikulärer subperiostaler bei Scharlach (Sörensen) 978.
Abszeß, postappendikulärer Abszeß (Lepetit) 731.
Abszeß, röntgenologische Diagnose endothorakaler Senkungsabszesse (Rach) 539.
Abszeß, retropharyngealer (Alexander und Montague) 749 — (Blanc) 971 — (Dandoy) 167 — (Maccone) 1010 — (Sheedy) 752.
Abszeß, tonsillarer und peripharyngealer (de Vaugiraud) 277
Abszeß, Pottscher Lumbalabszeß (Poucel) 752 — bei Pottscher

Krankheit (Roederer und Albert-Weil) 277.
Abszeß, Behandlung des kalten (Audion) 274.
Abwehrfermente im Blutserum Schwangerer und Wöchnerinnen (Abderhalden und Fodor) 887.
Achondroplasie (Audebert und Laurentie) 742 — (Bankart) 1006 — (Baumel und Margarot) 1006 — (Bertolotti) 1006 — (Bonnaire und Durante) 743 — (van Ebbenhorst-Tengbergen) 743 — (Euzière und Delmas) 1006 — (Hart) 599 — (Jansen) 1006 — (Laptew) 796, 920 — (Parhon und Schunda) 1006 — (Ravenna) 1007.
Achondroplasie, Veränderungen des Bindegewebekörpers (Tixier) 272.
Adalin in der Kinderpraxis (Kobrack) 320 — bei Keuchhusten (Baderna) 632.
Adams-Stokesscher Symptomenkomplex (Sperk) 722 — (Sperk und Hecht) 939 — Elektrokardiogramm (Hecht) 719.
Addisonsche Krankheit (Fabre) 263 — (Löwy) 993 — (Langmead) 742, 909.
Adenitis (Broca) 991 — tuberkulöse; Behandlung (Jopson) 902.
Adenoide (Brecher) 488 — (Yearsley) 262.
Adenoide beim Säugling (Durif) 262 — (Elias) 262.
Adenoide bei Schulkindern (Taylor) 725.
Adenoide und Tonsillen (Scales) 725.
Adenoide und Mundatmung (Clanahan) 992.
Adenoide im Nasopharynx (Smith) 262.
Adenoide und Ohr (Todd) 749.
Adenoide, Wachstum (Kress) 725.
Adenoide, verderbliche Wirkungen (Briggs) 262 — und Intoxikation (Pistre) 725.
Adenoide, säurefeste Stäbchen im hypertrophischen (Molly) 725.
Adenoide, Verhütung (Brady) 725 — Ursache und Verhütung (Jordan) 725, 907.
Adenoide, Entfernung (Coolidge und Carland) 992 — Entfernung als Präventivmaßregel bei Masern (Creene) 636 — Abtragung bei Herzarrhythmie (Delneuville) 725.
Adenoide, interne Behandlung mit Jodkalium (Roos) 604 — Behandlung der Vergrößerung mit Lymphdrüsenextrakt (Ashby) 991.
Adenoide, Wiederauftreten (Guthrie) 209.
Adenoidektomie (Grove) 725.
Adenoidismus und Anämie (Visco) 724.
Adenoidismus in Beziehung zum Turmschädel (Bertolotti) 783.
Adenoiditis, Behandlung (Lautmann) 1010.
Adenom, basophiles (Bauer und Wassing) 992.
Adenoma sebaceum (Harbitz) 440.
Adenotomie, Rezidive (Chambellan) 262.
Adispositas (Legendre) 1005 — (Léopold-Lévi) 618 — (Mouriquand) 1005 — (Williams) 908.
Adispositas, Ätiologie und Therapie (Briquet) 741.
Adispositas, glanduläre (Nathan) 1005.
Adrenalin, Gehalt der Nebennieren (Cattaneo) 610 — eigenartige Wirkung beim Säugling (Thomas) 613 — bei Keuchhusten (Fletcher) 487 — Wirkung auf den überlebenden Uterus (Adler) 1.
Affektepileptische Anfälle (Volland) 805 — Anfälle bei Psychopathen (Stallmann) 805.
Agalaxie, kontagiöse von Schaf und Ziege (Carré) 3.
Airol, Therapie der Gonoblenorrhöe (von Herrenschwand) 402
Akne beim Neugeborenen (Kraus) 874, 1007.
Akrosphyxie bei exsudativer Diathese (Gismondi) 249.
Akromegalie (Allaria) 1006 — (Bartlett) 1006 — (Lemos) 796 — (Pironneau) 1007 — (Reinhardt und Creutzfeld) 744, 994.
Akromegalie, innersekretorische Stoffwechselstörungen (Jödicke) 726.
Akromegalie, Röntgenbefunde (Marquès und Peyron) 743.
Akromegalie und Hypophysentumor (Barbey) 262.
Akromegalie und Splanchnomegalie (Amsler) 726.

Aktinomykose des Euters (Patterson) 9.
Albuminurie, Übergang von Eiweißkörpern aus der Nahrung in den Harn **(Hayashi) 101,** 965 — Herkunft des Harneiweißes (Krasnogorsky) 86.
Albuminurie, Resistenzfähigkeit der Leukozyten (Roux) 999.
Albuminurie bei Tonsillitis (Kosokabe) 998.
Albuminurie und Stillen (Fedele) 242.
Albuminurie bei Ernährungsstörungen (Benjamin und Kastner) 129.
Albuminurie, klinische und experimentelle Beiträge (Jehle) 516.
Albuminurie neugeborener Kinder (Heller) 629.
Albuminurie, Schicksal albuminurischer Kinder (Schiff) 734.
Albuminurie, chronische (Roux) 999.
Albuminurie, fakultative und Chondroiturie (Pollitzer) 211.
Albuminurie, vorübergehende bei Lungentuberkulose (Haushalter und Remy) 982.
Albuminurie, funktionelle (Merklen) 999 — (Teissier) 999.
Albuminurie, intermittierende (Hanns) 733.
Albuminurie und Lordose (Weith und Scholder) 735 — lordotische (Dietl) 490, 733 — (Fränkel) 387 — (Gasbarini) 733 — (Weith und Scholder) 735, 953.
Albuminurie, orthostatische (Castaigne) 997 — (Dufour und Nuller) 733 — (Gomolitzky) 267.
Albuminurie, orthostatische Pathogenese (Stiller) 268 — Größe und Funktion des Herzens (Bass und Wessler) 732, 987, — bei Tuberkulösen (Hinze und Sorin) 267 — durch Essigsäure fällbare Eiweißkörper bei orthostatischer (Pollitzer) 211.
Albuminurie, orthotische. Herzgröße und Herzfunktion (Bass und Wessler) 855.
Albuminurie, orthotische und Tuberkulose **(Reyher) 82,** 983 — bei Tuberkulose (Sturm) 717 — Beziehung zur Tuberkulose (Arnold) 591.
Albuminurie, Korrektionsversuche der Wirbelsäule bei orthotischer (Jehle) 490, 733.
Albuminurie, postepileptische (Allers) 804.
Albuminurie, familiäre, syphilitische (Castaigne) 648.
Albuminurie, zyklische (Czerny) 331, 732.
Aldehydkatalase der Kuhmilch (Salus) 11.
Alexie in der Entwicklung (Chance) 1002.
Alimentäre Vergiftung (Meyer) 788.
Alkali, Abhängigkeit der Kalkbilanz von der Alkalizufuhr (Dubois und Stolte) 247, 842.
Alkalien, Einfluß auf spasmophile Zustände (Lust) 349, 891, 970.
Alkaptonurie (Triboulet) 966.
Alkohol als Arzneimittel (Boos) 239.
Alkohol, Mißbrauch in Hamburg (Meldola) 788.
Alkohol bei Infektionskrankheiten (Ewald) 973.
Alkohol, hypertrophische alkoholische Zirrhose (Cany) 731 — (Variot und Cailliau) 266.
Alkohol, Gehalt der Milch nach Zufuhr wechselnder Alkoholmengen (Völtz und Pächtner) 663.
Alkoholfrage und Azidität der Milch (Rammstedt) 10.
Alkoholprobe bei Milch von kranken Kühen (Metzger) 8.
Alkoholismus (de Villa) 1009.
Allergie gegen gewöhnliche Ernährungsmittel (Schloß) 620 — vakzinale der exanthematischen Erkrankungen (Netter) 454.
Alpen, Klima der Hochalpen (von Planta) 184 — und kindliche Diathesen (von Planta) 211.
Alopecia (de Buy Wenniger) 800.
Alopecia atrophicans (Dreuw) 874.
Amaurose und Hirnerkrankung bei Scharlach (Méry, Salin und Wilborts) 255.
Amaurotische Idiotie, juvenile Form (Schob) 792.
Amaurotische familiäre Paraplegie (Stewart) 792.
Amerikanische pädiatrische Gesellschaften (Crandall) 237 — Gesellschaft für Kinderheilkunde, Beziehungen zu der Abnahme der Sterblichkeit (Carr) 281.

Amidobenzaldehydreaktion im Harn bei Scharlach (Hesse) 965.
Aminosäure bei Herzerkrankungen (Fonzo) 988.
Aminosäure bei der Rektalernährung (Bywaters und Short) 658.
Amme, Bedeutung der Wassermannschen Reaktion **(Wesener) 446,** 852, 987 — Äthernarkose (Fabre und Verrier) 239.
Ammoniak, Ausscheidung bei Zufuhr von Harnstoff und Natron (Janney) 626.
Ammoniumsulfat, Verhalten der Milch (Salkowski) 11, 366.
Amnioswasser, Herkunft (Wolff) 888.
Amputation bei Kinderlähmung (Corner und Bashall) 275.
Amyotrophie, muskuläre (Hutinel und Harvier) 86 — progressive (Ponticaccia) 271.
Amyotrophische Lateralsklerose (Deutsch) 700.
Anämie, siehe auch Leishmaniose.
Anämie, Eisengehalt der Organe (Ashby) 433.
Anämie, subkutane Anwendung von Blutbildungsmedikamenten (Lowenburg) 81.
Anämie, Arsenbehandlung (Reinhardt) 991.
Anämie, Eisenbehandlung (Ashby) 261.
Anämie, Schulanämie (Mendl) 724.
Anämie und Adenoidismus (Visco) 724.
Anämie, Spinalaffektion bei letaler Anämie (Richter) 724.
Anämie, aplastische perniziöse (Caronia) 990.
Anämie, chronische der Säuglinge (Armand-Delille) 990.
Anämie, chlorotischer Typus (de Biehler) 261, 433.
Anämie, akute, lymphatische (Huber) 991.
Anämie, maligne (Piwowaroff) 906.
Anämie, perniziöse (Babonneix und Tixier) 723 — (Caskey) 723.
Anämie, perniziöse mit Splenomegalie (Barbier) 723.
Anämie, perniziöse und Nephritis (Labbé) 991.
Anämie, perniziöse; Bluttransfusion (Bennecke) 321.
Anämie, perniziöse; Indikation von Serum (John) 321.
Anaemia pseudoleucaemica durch Typhus (Wolff) 991.
Anaemia splenica (Ambrose) 990 — (di Cristina) 991 — (Emanuel) 991 — (Raffaelli) 724.
Anaemia splenica, Ätiologie (Petrone) 261 — Blutbefunde (di Cristina) 723.
Anaemia splenica, Exstirpation der Milz (Hutchinson) 723.
Anaphylaxie (Bankowski und Symanowski) 609 — (Goodall) 362, 737 — (Listowskaja) 881.
Anaphylaxie, Fieber (Friedberger) 614 — (Leschke) 614 — (Schittelhelm) 614.
Anaphylaxie und Harngiftigkeit (Uffenheimer) 362.
Anaphylaxie bei Leishmaniose (Caronia) 723.
Anaphylaxie, alimentäre (Silvestri) 11.
Anaphylaxie gegen Milch (Laroche, Richet fils und St. Girons) 7 — (Kleinschmidt) 881 — gegen Kuhmilch (Lust) 8. 243, 661.
Anaphylaxie und Kuhmilch-Idiosynkrasie (Lust) 200.
Anaphylaxie, alimentäre gegen Eier (Lesné und Richet fils) 240, 364.
Anaphylaxie in der Pathogenese der Diathesen (Léri) 631.
Anaphylaxie, wiederholte Seruminjektionen (Nemmser) 471.
Anaphylaxie, vasokonstringierende Substanzen im anaphylaktischen Schock (Hirschfeld) 610.
Anaphylaxie, Apotoxin im Gehirn (Achard und Flandrin) 770.
Anaphylaktischer Schock bei Serumtherapie (Hallé und Bloch) 240.
Anaphylatoxin, Vergiftung (Hirschfeld) 610.
Anasarka beim Säugling (Tara) 259 — essentielle (Repellin) 259.
Anästhesie (Barrington-Ward) 612 — allgemeine (Woolsey) 1016.
Anazidität und Dermatosen (Lier und Porges) 874.
Anenzephalus (Audebert und Berny) 1017 — (Hedinger) 757 — (Matthey) 279 — (Payau und Mattei) 1019.

Angiers Emulsion (Feldmann) 309.
Angina und Pyelonephritis (Nordmann und Bonnet) 999.
Angina und Scharlach (von Szontagh) 159.
Angina, Albuminurie (Kosokabe) 998.
Angina, Epidemie mit Zervikaladenitis (Ruhräh) 223, 644.
Angina, Epidemie in Chicago (Heinemann) 637)
Angina, Epidemie durch Milch (Capps) 157 — Epidemie und Milchversorgung (Hamburger) 415 — (Winslow) 415 — und Streptokokken der Milch (Davis) 245 — (Rosenow) 246 — Streptokokken in Milch und bei Angina (Stowell und Hilliard) 12.
Angina, epidemische durch Streptokokken (Capps) 991.
Angina und Diphtherie (Goldstein) 636 — diphtherische (Nobécourt) 255 — maligne diphtherische (Verdoux) 258.
Angina, ulzeröse bei Scharlach (Weill) 258.
Angina, gangränöse (Rolleston) 262.
Angina Vincenti (Le Blaye) 724 — (Mulholland) 641.
Angiom, Heißluftbehandlung (Darrican) 273.
Angiom, zerebrales (Volland) 783.
Angiom der Rachenschleimhaut (Sanderson) 231.
Angiom des Larynx (Phillips und Ruh) 383.
Angiom bei Nävus (Allaire) 1007.
Angioneurotisches Ödem (Snow) 920.
Angstneurosen und Stottern (Frank) 608.
Anilin, Vergiftung (Kopec) 175.
Aniridie (Cantonnet und Schreiber) 273.
Anisothermie (Moro) 329.
Ankylose der Fingergelenke (Dray) 100, 279.
Ankylose, kongenitale hereditäre der Interphalangealgelenke (Morgenstern) 758.
Ankylostomiasis, Oleum chenopodii (Schüffner und Vervoort) 360.
Anonychie (Chamaillard) 1018.
Anorchie (Salomon) 1020.
Anorexie (Schnyder) 954 — (Stirnimann) 314 — und Syphilis (Delcourt) 985.
Antianaphylaxie gegen Milch (Bauer) 2.
Antikenotoxin, Einfluß auf die Arbeitskurve (Lobsien) 815.
Antikörper in Kolostrum und Milch (Tunnicliff) 247.
Antikörper, Übertragung von Mutter auf Kind (Wegelins) 13.
Antikörperbildung und Ernährung (Kleinschmidt) 423, 882, 961.
Antikörperbildung, Einfluß der Salvarsans (Reiter) 163.
Antimeningitisserum (Kramer) 850, 957 — subdurale Injektion (Flexner) 849.
Antipollut (Lissmann) 929.
Antistreptokokkenserum bei vakzinalem Ulkus (Sexton) 280 — bei Streptokokkoninfektion (Weaver und Tunnicliff) 484.
Antistreptokokkenvakzine nach Gabritschewsky (Busch) 160 — (Ssisemsky) 160 — (Russakow) 160.
Antitoxin bei Diphtherie (Beyer) 250, 379.
Antitoxinbehandlung der Diphtherie (Place) 256.
Antitoxin, Durchlässigkeit des Magendarmkanals (Hahn) 840.
Antitrypsin im Blutserum (Rovere) 238.
Anus, Atresie (Blakeway) 278, 437 — (Falk) 757.
Anus, anorektale Imperforation (Viannay) 760.
Aphasie, kongenitale (Variot) 739.
Aphasie bei Typhus (Brelet) 971 — (Cati) 251.
Aphthen, Bednarsche (Mamrot) 176.
Aplasie, chondrale (Bertolotti) 278, 742.
Aplasie des Ureters (van der Bogert) 278.
Appendix, angeborenes Fehlen (Bérard und Buche) 1010.
Appendix, Verdoppelung (Läwen) 758.
Appendix, Perforation (Whitelocke) 906.
Appendizitis (Cumston) 168, 727 — (Fowler) 728 — (Green) 728 — (Hug) 728 — (Lorrain) 1014 — (Mitchell) 231, 264 — (Mummery) 387 — Nageotte - Wilbouchevitch) 729, 1014 — (Ombrédanne) 729 — (Owen) 231, 923 — (Perrin)

1015 — (Savariaud) 1015 — (Sherrill) 730 — (Simpson) 923, 1015 — (Smith) 265.
Appendizitis, Ätiologie (Poynton und Paine) 437.
Appendizitis, Frühdiagnose (Savariaud) 730 — rektale Palpation bei Appendizitis (Reder) 730 — Bastedoszeichen (Hertz) 923 — epigastrischer Schmerz (Solceri-Forli) 101.
Appendizitis, Entzündung des Meckelschen Divertikels (Guibé) 1012.
Appendizitis und Zellgewebsentzündung des Beckens (Higgins) 1013.
Appendix, Befund von Helminthen (Hueck) 911.
Appendizitis durch Oxyuren (Garin und Chalier) 1012 — (Rheindorf) 730.
Appendizitis bei Varizellen (Lesné) 1014.
Appendizitis und Skoliose (Mayet) 755.
Appendizitis im Leistenbruch (Becker) 101, 275.
Appendizitis, chronische Intussuszeption nach Appendizitis (Wollin) 488.
Appendizitis, Maximaldehnung des Mastdarms (Springer) 730.
Appendizitis, perakute (Werner) 730.
Appendizitis, chronische (Lapeyre) 1014 — chronische und Tuberkulose (Lereboullet) 254, 982.
Apyrexie, äußerste Temperaturgrenze (Borrino) 609.
Aorta, hereditär-luetische Veränderung (Escudero) 259.
Aorta, angeborene Aortenatresie (Verocay) 988.
Aorta, subaortische Stenose (Skott) 587 — kongenitale Aortenstenose (Moon) 259.
Aorta, operative Blutverluste bei angeborener Enge des Aortensystems (Melchior) 719.
Aorta, Transposition (Sédillot) 259 — Dextroposition des Aortenbogens (Gruber) 259.
Aortitis, Pathogenese und pathologische Anatomie (Lévy-Franckel) 719.
Aortitis, Rheumatismus (Amaudrut) 987.
Aortitis, paravertebrale Dämpfungen (Elias) 718.
Aortitis infolge kongenitaler Lues (Lippmann) 649.
Aortitis bei kongenitaler Syphilis (Rebaudy) 650.
Arbeitsleistung des Säuglings **(Schloßmann) 47,** 966.
Arcus corneae juvenilis (Attias) 401.
Arsen, lipoide Verbindungen (Fischer und Klemperer) 198.
Arsen, Pneumonie während der Behandlung (Parkes) 722.
Arsen bei Anämie (Reinhardt) 991 — bei Chorea (Triboulet) 271.
Arsenobenzol bei Leishmaniosis (Wagon) 980.
Arteria pulmonalis, Transposition (Sédillot) 259.
Arteriosklerose mit Fehlen beider Radialpulse (Chapman) 718.
Arthritis (Houzel) 1013.
Arthritis, mangelhafte Entwicklung (Dock) 240.
Arthritis, akute, eitrige (Brun) 275 — (Burfield und Cleveland) 155.
Arthritis gonorrhoica, Arthrigonbehandlung (Tedesko) 257.
Arthritis, rheumatoide (Jordan) 253 — (Lindsay) 430, 975 — bei Rheumatismus (Jordan) 383.
Arthritis bei Hämophilie (Méry, Salin und Wilborts) 249.
Arthritis durch Streptokokken bei Pneumonie (Lowenburg) 254, 721.
Arthritis paratyphosa tarsi (Tillgren und Troell) 847.
Arthritismus (Poncet und Leriche) 970.
Arthrodese (Böcker) 395 — (Vignard) 756.
Arthussches Gangränphänomen (Joussel) 611 — Phänomen bei Diphtherie (Aviragnet und Hallé) 250.
Arthrigon (Schulz) 303 — bei Arthritis gonorrhoica (Tedesko) 257 — Behandlung der Vulgovaginitis (Rygier) 303.
Arythmie bei Neugeborenen (Hecht) 507.
Arzt und Kinderstube (Neter) 557.
Asche unter Einfluß flüchtiger Fettsäuren (Bahrdt und Bamberg) 80.
Asile de débiles de Médan. (Méry und Malhéné) 283.
Askariden (Consorti) 264 — (Müller) 729 — (Reinach) 934.

Askariden, pathogenetische Bedeutung (Cinaglia) 995.
Askariden in den Gallenwegen (Lenormant) 731.
Askariden, Darmokklusion (Ruland) 730.
Askariden, Behandlung mit Cineol (Brüning) 612.
Askariden, Behandlung mit Wermolin (Brüning) 315.
Asphyxie, intrauterine (Gaifami) 629.
Asphyxie, extrauterine bei syphilitischen Neugeborenen (Gaifami junioz) 648.
Asphyxie beim Neugeborenen (Doughtie)968— mit Klavikularfrakturen des Neugeborenen (de Forest) 275 — der Neugeborenen Anwendung des Pulmotors (Edgar) 629.
Asphyxie der Extremitäten (Hutinel) 988.
Asphyxie, akquirierte (Fuà) 721.
Aspiration beim Neugeborenen (Willette) 248.
Assoziation bei Kindern (Rosanoff) 740.
Assoziationsreflexe, motorische, zur Aufdeckung der Simulation (v. Bechterew) 773.
Assoziationsvermögen schwachsinniger und deliquenter Kinder (Eastmann und Rosanoff) 167.
Asthenie, juvenile (Jamin) 610.
Asthenie, Beziehungen zum Nervensystem (Mathes) 796.
Asthenie, psychomotorische konstitutionelle (Boncour) 969.
Asthma (Heizer) 721 — (Knopf) 721 — (Rietschel) 990 — (Smith) 990 — Behandlung (Clanahan) 309.
Asthma bronchiale, Behandlung mit Kalziumsalzen (Hofmann) 309 — (Kayser) 309 — Tuberkulinbehandlung (Frankfurter) 853.
Asthma, chronisches der Rachitiker (Kassowitz) 989.
Asthma thymicum (Luzzatti) 993.
Asthma und Tuberkulose (Rongel) 257, 371.
Asthmatische Bronchitis **(Rietschel) 261.**
Asymmetrie in der Zahnbildung und im Zentralnervensystem (Beretta) 770.
Aszites, fötale (Luker) 967.
Ataxie, zerebellare (Dide) 1002 — (Weber) 1004 — Beteiligung des Großhirns (Landsberger) 792.
Ataxie, hereditäre (Frey) 792.
Ataxie, Friedreichsche (Debrochotow) 792.
Ateleiosis (Weber) 907 — und Progeria (Keith) 908.
Äther, Anästhesie (Godemel) 240.
Äthernarkose bei Ammen (Fabre und Verrier) 239.
Atherom, Pathogenese und pathologische Anatomie (Lévy-Franckel) 719.
Athetose, Isolierung der Muskelgruppen (Pollock und Jewell) 738 — und Chorea (Schilder) 739.
Athrepsie und Azotämie (Nobécourt und Maillet) 243.
Athyreosis, kongenitale (Kellner) 263 — innersekretorische Stoffwechselstörungen (Jösicke) 726.
Atophan, skarlatinöser Ausschlag (Herrick) 974.
Atophan, Beeinflussung der Harnsäureausscheidung bei exsudativer Diathese (Kern) 631, 843.
Atophan bei Gelenkrheumatismus (Bendix) 301 — (Oeller) 301 — und Melubrin bei akutem Gelenkrheumatismus (Neukirch) 301.
Atresia ani (Blakeway) 278, 437. — (Falk) 757.
Atresia oesophagi (Konopacki) 729.
Atresia des Duodenums (Weber) 730.
Atresie, kongenitale der Gallenwege (Vanzetti) 731.
Atrophie (Pacchioni) 961.
Atrophie, Theorie und Behandlung (Uhlirz) 469, 621.
Atrophie, Fett der Leber (Hayashi) 965.
Atrophie, Stoffwechsel (Frank und Wolff) 625 — (Niemann) 627 — und respiratorischer Stoffwechsel (Schloßmann) 79.
Atrophie des Optikus (Terrien, Babonneix und Dantrelle) 739.
Atrophie, papillare (Dide) 1002.
Atropin in der Diagnose meningealer und zerebraler Zustände (Roch und Cottin) 786 — bei Status epilepticus (Dorner) 804.
Auerbachscher Milchschnellkocher (Ströse) 662.

Aufmerksamkeit (Pintner) 1000.
Auge, Sammelreferat über die deutsche ophthalmologische Literatur (Gallus) 401.
Auge, erworbene Augenmuskellähmung (Lundsgaard) 640, 781.
Auge, diphtherische Muskellähmung (Terrien) 258.
Auge, Augenmuskellähmungen bei hereditärer Syphilis (Mattissohn) 649, 779.
Auge, Augenmuskelstörungen bei Tetanus (Salus) 779.
Auge, Komplikationen bei Masern (Bahn) 970 — Kelloid der Augenlider bei Masern (Wilson) 425.
Auge, Komplikationen bei Parotitis (Worthington) 747.
Auge, Tuberkulose des Augenhintergrundes (Gebb) 401 — Tuberkulinbehandlung von Augenkrankheiten (von Herrenschwand) 402.
Auge, Behandlung skrofulöser und tuberkulöser Augenerkrankungen mit J. K. Spengler (Bock) 496 — Untersuchungen bei skrofulösen Augenkranken (Straub) 370 — phlyktänuläre Erkrankungen (Allan) 746.
Auge, Einschlußblennorrhöe der Neugeborenen (Sußmann) 600.
Auge, Erkrankungen nach Schutzpockenimpfung (von Herrenschwand) 402, 779 — komplizierte Impferkrankung (Curtius) 280 — Nebenpocken des Sehorgans (Holodynski) 499.
Auge, Atlas zur Entwicklungsgeschichte (Bach und Seefelder) 274.
Auge, Anatomie der glatten Muskeln (Krauß) 402.
Auge, Innervation des Orbicularis (Roasenda) 779.
Auge, Pupillaröffnung des Augenbechers (Lindahl) 402.
Auge, gewöhnliche Krankheiten (Hall) 273.
Auge, Verletzungen (Huppenbauer) 273, 747 — traumatische Erkrankungen (Terrien und Dantrelle) 747.
Auge, Läsionen bei Neugeborenen (Lequeux) 81.
Auge, bilaterale Stase (Babinski, Chaillous und Martel) 269.
Auge, Indikanurie bei Augenkrankheiten (von Hippel) 402.
Auge, Sehstörungen bei zurückgebliebenen Kindern (Green) 740.
Auge, Symptome bei Gehirntumoren (Terrien) 1004.
Auge, angeborene Anomalien und Mißbildungen (Seefelder) 747 — Genese der Mißbildungen (Pagenstecher) 402, 747 — primäre Ursachen der Mißbildungen (von Szilly) 402, 747.
Auge, Mißbildung der Musculi recti externi (Harman) 1018.
Auge, Anomalien bei kongenitalfamiliärer Taubheit (van der Hoeve) 1009.
Auge, Überanstrengung (Bailey) 274 — (Shipman) 747.
Auge, Refraktion, Farbensinn und Muskelgleichgewicht bei Schulkindern (Voirol) 767.
Auge, Untersuchungen bei Schulkindern (Gastpar) 921 — Schuluntersuchungen (Voirol) 402.
Auge, schulaugenärztliche Tätigkeit in Volksschulen Straßburgs (Redslob) 766.
Auge, augenärztliche Überwachung in den russischen Schulen (Kaz) 766.
Auge, Schulaugenkliniken (Hirsch 766.
Auge, Schutz bei Schulkindern (Black und Vaughn) 765 — Schutz bei Schulkindern (Vaughn) 1026.
Auge, Säuglingsfürsorge hinsichtlich der Augen (Silex) 747.
Ausatemluft (Stroede) 1026.
Autodarmintoxikation und ekzematöse Keratokonjunktivitis (Colombo) 401.
Azeton, Ausscheidung im Urin gesunder und spasmophiler Kinder (Liefmann) 248, 842.
Azeton, klinische Verwendbarkeit der Azetonreaktion (v. Ritter) 239, 842.
Azetonämie (Silberstein) 742.
Azetonämie und periodisches Erbrechen (Bondy) 174.
Azetonämisches Erbrechen und Nebennieren (Terrien) 263 — Erbrechen und Enzephalitis acuta (Babonneix und Blechmann) 615.
Azidbutyrometrie bei Buttermilch (Beger) 2.
Azidität der Milch und Alkohol (Rammstedt) 10.
Azidität in der Lebensmittelchemie (Baragliela) 2.

Azidität und Quellungsfähigkeit des urämischen Gehirns (Murachi) 770.
Azidkasein (Gräfingschulte) 5.
Azodolen (Hoffa) 563 — zur Ekzembehandlung (Bautlin)316.
Azotämie (Brelet) 990 — (Maillet) 966 — (Merklen) 999 — (Nobécourt) 966 — (Rocchi-Burlamacchi) 966.
Azotämie, somnolente Form (Nobécourt und Maillet) 243.
Azotämie und Athrepsie (Nobécourt und Maillet) 243.
Azotämie und Chlorämie (Nobécourt und Maillet) 243.
Azotämie, starke vorübergehende bei Nephritis (Nobécourt, Milhit und Bidot) 966.

Babinskisches Phänomen, Untersuchung des Pyramidenbündels (Roubinovitch und Barbé) 739.
Baby-Kochbuch (Thaler) 183.
Backhausmilch (Backhaus) 570.
Bakterien in Milch (Levin) 246 — Gehalt der Milch (Sommerfeldt) 12.
Bakterien, charakteristische Unterschiede verschiedener Kulturmedien (Ingebrigtsen) 238.
Bakteriologie (Wollstein) 614.
Bakteriotherapie zur Behandlung von Ernährungsstörungen (Mallié) 200.
Bakterium casei, Antibiose der Coli-Aerogenes-Gruppe (Gratz) 5.
Bakterium coli, Infektion der Harnwege **(Thomson) 564,** 999 — (Marsh) 913, 998 — (Wilson) 913, 999 — Pyelozystitis (Hengeveld) 998 — Zystitis (van der Bogert) 997.
Bakterium lactis acidi (Budinow) 3 — Stundengärleistung (Rahn) 10.
Balkenstich bei Epilepsie (Anton) 804, 832 — bei Turmschädel (Schumacher) 832.
Bandwurm (Gröhnberg) 728 — Behandlung (Mendelsohn) 315.
Bantische Krankheit (Cattoretti) 732 — (D'Espine) 723 — (Luzzatti) 724 — (Okada) 724 — (Stein) 207 — Pathologie (Grosser und Schaub) 385.
Barlowsche Krankheit (Bendix) 741 — (Comby) 241, 741 (Cordier) 658, 741 — (Frost) 242 — (Hallé und Masselot) 742 — (Hart) 149, 1005 — (Herzog) 1005 — (Jemma) 742 — (Ingier) 918, 1005 — (Northrup) 243 — (Pritchard) 1005 — (de Sagher) 244 — (Vogel) 136 — (Weill-Hallé und Lévy) 265.
Barlowsche Krankheit, Alkoholextrakt aus Vegetabilien als Träger barlowheilender Stoffe **(Freise) 687.**
Barlowsche Krankheit, experimentelle Erzeugung (Hart) 5.
Barlowsche Krankheit bei Fütterung mit pasteurisierter Milch (Pfender) 742.
Barlowsche Krankheit, Organanalysen (Bahrdt und Edelstein) 506.
Barlowsche Krankheit, histologisches Blutbild (Glaser) 440, 742 — Veränderungen des Blutes und des Knochengewebes (Nobécourt, Tixier und Maillet) 441, 742.
Barlowsche Krankheit, Frühformen (Meyer) 742.
Barlowsche Krankheit beim Brustkind (Funaioli) 741.
Barlowsche Krankheit, Gelenkschwellungen (Fischer) 741.
Barlowsche Krankheit, Wangenhämatom (Weiß) 459.
Barlowsche Krankheit, Exophthalmus (de Buys) 741.
Basedowsche Krankheit (Bérard) 992 — (Oswald) 993.
Basedowoid, infantiles (Hochsinger) 263, 325.
Bass-Watkinssche Typhusreaktion (Nenville) 255.
Bastedos Zeichen (Hertz) 923.
Bauchmuskeldefekt, kongenitaler (Thatcher) 1020.
Bauchspalte (Läwen) 758.
Bazillenträger, Bedeutung für die Verbreitung übertragbarer Krankheiten (Willführ) 980.
Bazillus abortus Bang (Smith und Fabian) 11.
Bazillus bulgaricus, intestinale Implantation (Clock) 241, 658, 885, 960 — bei akuter Gastroenteritis und Ileocolitis (Sinclair) 620.
Bazillus bulgaricus, Säureproduktion (Belonowski) 622 — und Milchsäureproduktion (Currie) 3.
Bazillus bulgaricus, Einfluß auf den Typhusbazillus (Potter) 10.

Bazillus lactis, Einfluß auf den Typhusbazillus (Northrup) 9 — (Potter) 10.
Bazillus casei filans (Gorini) 659.
Bazillus paratyphi B. (Grote) 958.
Becken, fötale Entwicklungsstörungen (Falk) 756.
Becken, Abszeß nach Coxitis (Roux) 277.
Becken, Sarkom (Alexander) 749.
Bedingungsreflexe zur Untersuchung der Rindenzentren des Hundehirns (Tolotschinow) 773.
Bednarsche Aphthen (Mamrot) 176.
Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforschung (Brauer) 715.
Benediktsches Syndrom (André-Thomas) 980.
Benzin, akute Vergiftung (Friediger) 322.
Benzinlampe bei der Meningitis granulosa (Pujador) 612.
Benzol bei Blutkrankheiten (Tedesko) 261 — bei Leukämie (Türk) 261.
Beriberi (Andrews) 87 — (Gregg) 737 — (Lagane) 1003.
Bergisch-Gladbach, Säuglingsprämiierung (Schröter) 284.
Bericht, XVII. Internationaler medizinischer Kongreß in London (Keller) 446.
Bericht, Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde in Wien (Keller) 500.
Bericht, 19. Versammlung der Vereinigung südwestdeutscher Kinderärzte in Frankfurt a. M. (Cahen-Brach) 326.
Bericht, 20. Versammlung der südwestdeutschen und niederrheinisch-westfälischen Vereinigung für Kinderheilkunde zu Wiesbaden (Koch) 345.
Bericht des Vereines für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin (Meyer) 687.
Bericht, Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde (Uffenheimer) 104, 335, 929.
Bericht, Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien (Schick) 322, 696, 938.
Bericht, Deutscher Verein für Schulgesundheitspflege und Vereinigung der Schulärzte Deutschlands (Gastpar) 460.
Bericht des niederländischen Vereins für Kinderheilkunde (Graanboom) 700.
Berlin, Säuglingsfürsorge (Proskauer) 283.
Berufsvormundschaft (Müller) 283 — (Taube) 284.
Berufsvormundschaft in den Städten und auf dem Lande (Breyer) 761.
Berufsvormundschaft in Budapest (Engel) 281.
Bevölkerungsfrage (Goldstein) 282.
Bewegung und Ruhe (Thiele) 286.
Bewegung, Einfluß auf den wachsenden und erwachsenen Organismus (Külbs) 358, 614.
Bewegung, Einfluß auf die Entwicklung unterernährter Kinder (Röder) 619.
Bewegungsapparat, Störungen (Sarfels) 736.
Bibliographie der Kinderheilkunde (Bahrdt) 190.
Binet-Simonsche Methode bei jugendlichen Verbrechern (Eynon) 740 — Skala zur Intelligenzprüfung (Lewis) 740.
Biochemie des Wachstums (Aron) 955.
Blase, intradurale Wurzelanastomose zur Heilung der Blasenlähmung (Frazier und Mills) 737.
Blase, zentrale Innervation (Lichtenstern) 801.
Blase, Ektopie (Stone) 999.
Blase, Hyperplasie (Jordan) 998.
Blase, Hypertrophie (Kirkpatrik und Bradfield) 998.
Blase, Ausdehnung der kindlichen Harnblase mit gleichzeitigem Aszites (Roismann) 734.
Blase, kongenitale Dilatation (Weiser) 735.
Blase, angeborener Divertikel (v. Hofmann) 998.
Blase, multiple Blasenpolypen (Carozzi) 732.
Blase, Blasenspalte (Läwen) 758.
Blase, Lithiasis (Fabre) 267 — Blasenstein und Pyelonephritis (Haushalter und Fairise) 998 — chirurgische Behandlung des Blasensteins (Ferguson) 733 — Blasennaht beim hohen Steinschnitt (Grussendorf) 733.
Blennorrhöe, Prophylaxe (Schweitzer) 495 — (Weisenbaum) 1009.

Blennorrhöe, allgemeine Infektion ohne Urethritis (Nicoll und Wilson) 734.
Blennorrhoea neonatorum (Philippi) 747.
Blennorrhöe, Einschlußblennorrhöe der Neugeborenen (Sußmann) 600, 1009.
Blindheit (Babinski, Chaillons und de Martel) 269.
Blindheit infolge entzündlicher Erkrankung der Konjunktiva und Kornea (Cutler) 273.
Blindheit, Beziehungen zur Ophthalmia neonatorum (Heckel) 746.
Blindheit, Heilung eines Blindgeborenen (Moreau) 747.
Blindheit, Verhütung (Post) 747.
Blindheit, Erziehung des blinden Kindes (Creen) 746.
Blindheit, Vererbung (Loeb) 747.
Blut, Gerinnbarkeit in den ersten Lebenswochen **(Flusser) 705** — Gerinnungszeit (Carpenter und Gittings) 357, 723 — Bestimmung der Gerinnzeit (Michiels) 197.
Blut, Viskosität (Valdameri) 724 (Weill und Gardère) 724.
Blut, Schwankungen im Eiweißgehalt und in der Leitfähigkeit (Hagner) 723.
Blut, Konzentration des Eiweißes im Blutserum (Rovere) 961.
Blut, serologische Unterschiede zwischen mütterlichem und fötalem (Gozony) 958.
Blut, Leichenblut des Fötus, Neugeborenen und Kindes (Labrazès, Lande und Muratet) 1021.
Blut, klinische und histologische Folgen eines einstündigen allgemeinen Blutstillstandes (Sand) 770.
Blut, Antitrypsin im Blutserum (Rovere) 238.
Blut, Harnstoffmenge (Benoit, Deléarde und Hallez) 247.
Blut, Bildung bei Eisenmangel (Schmidt) 627.
Blut, eosinophile Leukozyten (Zivkovic) 238.
Blut, megaloblastische Degeneration (Treadgold) 724.
Blut, Arbeitsleistung bei gesunden Kindern (Müller) 719.
Blut, Einfluß der Sonnenbestrahlung auf die weißen Blutzellen (Aschenheim) 509.
Blut, Untersuchungen (Meyrich) 991.
Blut, refraktometrische Untersuchung (Reiß) 469.
Blut, Kulturen (Wollstein und Morgan) 197.
Blut, intravitale bakteriologische Blutuntersuchungen **(Kretschmer) 69,** 384, 958.
Blut, Anwesenheit verstreuter Blutergüsse (Patoir und Leclerq) 760.
Blut, Benzoldarreichung bei Blutkrankheiten (Tedesko) 261.
Blut, differentialdiagnostische Abgrenzung einiger Krampfformen durch das Blutbild (Jödicke) 594.
Blut, Veränderungen infolge Exstirpation der Milz (Gilerowitsch) 913.
Blut, Verhalten nach Entfernung der Schilddrüse (Reckzeh) 994.
Blut, Resistenzfähigkeit der Leukozyten bei Albuminurie (Roux) 999.
Blut, Untersuchung bei Anaemia splenica pseudoleucaemica (di Cristina) 723.
Blut, Transfusion bei perniziöser Anämie (Bennecke) 321.
Blut, Untersuchungen bei Barlowscher Krankheit (Glaser) 742 — histologisches Blutbild bei Barlowscher Krankheit (Glaser) 440 — Veränderungen bei Barlowscher Krankheit (Nobécourt, Tixier und Maillet) 441, 742.
Blut, Toxinbefunde im Blut diphtheriekranker Kinder (Harriehausen und Wirth) 637.
Blut, Untersuchungen bei Epilepsie (Gorrieri) 737.
Blut, Transfusion bei hämorrhagischer Diathese der Neugeborenen (Vincent) 291.
Blut, Veränderungen bei Ikterus haemolyticus (Huber) 997.
Blut, ikterische Zellen bei Icterus gravis neonatorum (Neukirch) 203.
Blut bei Leishmaniose (Cannata) 261 — Schwankungen des Leukozytengehaltes bei Leishmaniose (Longo) 724.
Blut bei lymphatischer Konstitution (Stieß und Stoerk) 249, 477.
Blut und Zerebrospinalflüssigkeit bei Mumps (Feiling) 635.
Blut, diagnsostische Bedeutung der Leukozytenzahl bei Osteo-

myelitis und Knochentuberkulose (Fiske) 723, 850.
Blut, Sauerstoffgehalt bei Pneumonie (Peabody) 990.
Blut, Untersuchungen in der Inkubationsperiode der Poliomyelitis (Broughton-Alcock) 781 — Leukozytengehalt bei Poliomyelitis (Wernstedt) 980.
Blut bei Rachitis (Aschenheim) 209 — Untersuchungen bei Rachitis (Perls) 991.
Blut bei Rheumatosen (Takeno) 261, 431.
Blut, Untersuchungen bei Scharlach (Amato) 632 — bakteriologische Untersuchungen bei Skarlatina (Klimenko) 253 — Beziehungen zu Verlauf, Blutbefund und Nephritis bei Scharlach **(Gerstley) 121.**
Blut bei Syphilis (Sevestre) 987.
Blut, osmotischer Index des Blutserums bei Tuberkulose (Cannata) 981.
Blut bei Variola und Vakzine (Schatzmann) 978.
Blut, Blutbild bei Pocken und Impfpocken (Erlenmeyer) 161.
Blut, Blutbildung bei fötaler allgemeiner Wassersucht (Rautmann) 85, 720.
Blutdruck (Hill) 723, 877 — (Leitao) 357 — im späteren Kindesalter (Friberger) 432.
Blutdruck, arterieller (Balard) 990.
Blutdruck, Anwendung der Oszillometrie (Balard) 717.
Blutdruck, automatische Registrierung des systolischen und diastolischen Druckes (Hoobler) 723.
Blutdruck während des Einschießens der Milch (Audebert und Etchevery) 990 — (Etchevery) 991.
Blutdruck bei Diphtherie (Brückner) 634 — (Cobliner) 251 — (Fiedler) 635.
Blutdruck bei Pneumonie, Einfluß frischer Luft (Howland und Hoobler) 308.
Blutdruck bei Scharlach (Rolleston) 257, 376, 724.
Blutdruck, Einfluß kalter Luft auf den Blutdruck bei Tuberkulose (Hoobler) 220, 653.
Blutserum, Schutzkörpergehalt des Serums (Milchiels und Schick) 214, 215 — Anwendung von normalem (Fuà) 958 — toxische Eigenschaften des Menschenserums (Bankowski und Szymanowski) 172, 609 — Diphtherieantitoxin im Blutserum (Schöne) 216.
Blutsverwandschaft der Eheleute und Gesundheit der Nachkommen (Kanngießer) 610, 878 — bei Taubstummen (de Wilde) 566.
Blutung, unstillbare (Blühdorn) 153.
Blutzucker **(Mogwitz) 569** — (Bing und Windelöw) 990.
Bordet-Gengouscher Bazillus (Imai Shiga und Eguchi) 614, 880 — (Mallory und Henderson) 640 — (Poleff) 614, 880.
Bordet-Gengousche Bazillen in Beziehungen zu den pathologisch-anatomischen Veränderungen bei Keuchhusten (Mallory, Hornor und Henderson) 429, 580.
Borsäure bei Epilepsie (Devaux) 804.
Brachydaktylie (Chop) 756 — hereditäre (Drey) 100, 279.
Brachymelie, symmetrische metapodiale (Bertolotti) 742.
Branchiogene Krankheitszustände des Halses (Delrez) 1018.
Brillsche Krankheit (Nicoll, Krummwiede, Pratt und Bullowa) 642.
Brom, physikalisch - chemische Wirkungen (Januschke) 613, 697 — (Januschke und Inaba) 613.
Brom, psychische Wirkungen (Meier) 804 — Einfluß auf die geistige Tätigkeit (Misliwetschek) 821.
Brom, Hautbromide (Hallé, Dorlencourt und Comby) 1007.
Brom, tuberkulöses Bromexanthem (Rach) 716.
Brom, verruköses Bromexanthem (Rach) 698.
Brom, Technik der Anwendung (Bing) 320 — bei salzarmer Kost (Maier) 320.
Brom, Behandlung der Epilepsie (Ammann) 229, 320.
Bromkalzium, Behandlung des Laryngospasmus und der Tetanie (Grünfelder) 574, 631.
Bromkalziumharnstoff (Fischer und Hoppe) 320.
Bromoglidine (Demole) 470.
Bromural (Schäfer) 240, 320.

Bronchialasthma **(Rietschel) 261.**
Bronchialdrüsen, Diagnose der vergrößerten (Stoll) 210, 725 — Röntgendiagnostik der Vergrößerung (Engel) 725.
Bronchialdrüsen, Tuberkulose (Engel) 652 — (Neuhaus) 334, 654 — Durchbruch einer tuberkulösen (Hecker) 343.
Bronchiektasie (Hutinel) 721 — beim Säugling (Bahrdt) 688.
Bronchiektasie, Ursprung multipler (Vasoin) 722.
Bronchiektasie, chirurgische Behandlung (Batzdorf) 720.
Bronchiektasie mit tuberkulöser Lungensklerose (Barbier) 651.
Bronchiolitis (Feer) 308 — Behandlung (Arneth) 988.
Bronchitis, (Londe) 721.
Bronchitis, Behandlung (Arneth) 905, 988.
Bronchitis, akute katarrhalische (Rachford) 260 — (Tuley) 260.
Bronchitis, asthmatische **(Rietschel) 261.**
Bronchitis chloromatosa (Lehndorff) 83.
Bronchopneumonie (Delcourt) 720 — (Fischer) 260 — (Marois) 260 — (Pironneau) 722 — (Ribadeau-Dumas, Philbert und Wolfromm) 260.
Bronchopneumonie, chronische (Bahrdt) 688 — (Goldenfann) 260.
Bronchopneumonie, hämorrhagische (Porak) 260.
Bronchopneumonie, pseudolobäre (Weill) 722.
Bronchotetanie (Kassowitz) 631 — (Lederer) 477, 721 — **(Rietschel) 261,** 990.
Bronchus, Entwicklung (Giedgowd) 177.
Bronchus, Struktur der Basalmembran beim Fötus (de Kervily) 967.
Bronchus, Fremdkörper (Garel und Gignoux) 750, 1012 — (Orlandini) 1014 — (Savariaud und Zaepffel) 260 — (Winslow) 1016.
Bronchus, bronchoskopische Fremdkörperextraktion (Hinsberg) 751.
Brownsche Molekularbewegung in homogenisierter Milch (Lavialle) 456, 623.
Brustmuskel, Genese der defekten (Walther) 760.
Brustorgane, Zerreißung (Grossi) 1012.
Budapest, Fürsorgestellen, Milchküchen und ergänzende Institutionen (Deutsch) 281 — Berufsvormundschaft (Engel) 281.
Buhlsche Krankheit, Ätiologie (Lucksch) 474, 618.
Bulbärer Fall von Poliomyelitis (Wiener) 194.
Bulbärparalyse, akute, nach Mumps (Collins) 788.
Bulgarischer Bazillus siehe Baz. bulgar.
Buphthalmus haemorrhagicus (Christel) 746.
Bursitis, akute eitrige (Brun) 275.
Butter, Untersuchung und Beurteilung (Siegfeld) 662 — Fettsäuren (Smedley) 11 — Refraktion der nicht flüchtigen Fettsäuren (van Raalte und Lichtenbelt) 10.
Buttermilch, (de Lange) 568 — (v. Pfaundler) 340 — (Pierra) 961.
Buttermilch, Behebung von Durchfällen (Schaps) 11 — (Stolte) 12, 314.
Buttermilch als Heilnahrung (Fievez) 960.
Buttermilch, Einfluß des Kochens auf das physikalisch-chemische Verhalten (Grosser) 622, 659.
Buttermilch, Azidbutyrometrie (Beger) 2.
Buttermilch, Bestimmung des Zusatzes von Wasser (Hoyberg) 6.

Canalis craniopharyngeus (Citelli) 1018.
Canalis neurentericus und Rachischisis anterior (Risel) 759.
Cantines maternelles (Cahen) 761, 1021 — (Coullet) 761.
Caruncula urethralis (Buford) 997.
Certified milk (Winslow) 663.
Chineonal (Winternitz) 300 — bei Keuchhusten (Fränkel und Hauptmann) 300 — (Pauli) 895.
Chinin in der Kinderheilkunde (Parrot) 613 — bei Scharlach (Trambusti) 646.
Chirurgie, Handbuch (Denucé und Nové-Josserand) 704.
Chirurgie (Kerr) 751 — (Stettiner) 752 — (Thorburn) 1016 — im Säuglingsalter (Spitzy) 535 — beim Kind (Hedges) 276.

Chirurgie, Mißerfolge bei Kindern (Kerr) 276.
Chirurgie, Erfolge der operativen Behandlung (Howell) 1013.
Chirurgie der Bauchhöhle (Balas) 749.
Chlor, Stoffwechsel bei Neugeborenen (Mensi) 626.
Chlor, psychische Wirkungen (Meier) 804.
Chlorämie (Brelet) 990 — und Azotämie (Nobécourt und Maillet) 243.
Chlorgehalt der Milch (Poetschke) 964.
Chlorkalk, Einfluß auf die Gerinnung der Milch (Lindet) 964.
Chlorkalzium, Kalkverteilung im Organismus (Kost) 626.
Chlorkalzium, Erhöhung der natürlichen Resistenz (Emmerich und Loew) 610.
Chlorkalziumserum der Milch (Forschner) 659 — Refraktometrie (Alpers) 1.
Chloroform (Savariaud) 752.
Chlorom (Bierring) 261 — (Burgess) 261 — (v. Pirquet) 725 — des Schädels (v. Pfaundler) 930 — Bronchitis chlorimatosa (Lehndorff) 83.
Chlorose (Rist) 724 — Anämie vom chlorotischen Typus (de Biehler) 178, 261, 433.
Chorea (Deléarde und Valette) 737 — (Grober) 228 — (Poynton) 155 — (Weissenburg) 740 — (Winkler und van West) 740.
Chorea, Pathogenese (Loubet) 1003.
Chorea, Ätiologie (Remus) 738 Ätiologie und Symptomatologie (Westphal) 790.
Chorea, nervöse Symptome (Grenet und Loubet) 790.
Chorea, Sehnenreflex (Bregman) 176.
Chorea, Psychose (Ross-Dieffendorf) 789.
Chorea und Athetose (Schilder) 739.
Chorea mit Lähmungserscheinungen (Arcelli) 269.
Chorea mit Zeichen von Pyramidenstörungen (Lian und Landesmann(790.
Chorea und Rheumatismus (Branson) 484 — nodosus (Navarro) 738.
Chorea des Herzens (Aubertin und Parvu) 987 — akute Endokarditis (D'Espine) 718.
Chorea und Syphilis (Appert) 269 — (Milian) 738 — (Triboulet) 739 — (Chevron) 736 — (Flatau) 790 — syphilitischen Ursprungs (Babonneix) 736.
Chorea, Behandlung (Collins und Cliddon) 972 — (Singer) 1004 — (Weill) 790.
Chorea, Salvarsanbehandlung (Fiore) 1002 — (Hahn) 320 — (Leurieaux) 738 — (Szametz) 739 — (Weil, Morel und Mouriquand) 320 — (Pawlow) 790 — (Salinger) 320, 790 — rektale Salvarsaninjektion (Weill, Mouriquand und Goyet) 272.
Chorea, Arsenikbehandlung (Triboulet) 271.
Chorea, Behandlung mit Magnesiumsulfat (Caronia) 269 —.
Chorea, poliklinische Behandlung (Newlin) 738.
Choane, partieller bilateraler Verschluß (Schlemmer) 274.
Choanen, beiderseitige Choanalatresie (Götz) 748.
Chocolin (Ewald) 314.
Chok, anaphylaktischer bei Serumtherapie (Hallé und Bloch) 240.
Cholelithiasis (v. Khautz) 731 — (Paulsen) 731.
Cholera infantum (Smith) 244 — Ätiologie (Bahr) 615 — (Bahr und Thomson) 241 — Ernährung (Hamaide und Nigay) 617.
Cholera, Vakzine (Sebastiani) 645.
Cholezystitis (v. Khautz) 731 — durch Typhusbazillen (Lowenburg) 254.
Chondrodystrophia foetalis (Chiari) 390, 743 — (v. der Crone 1006 — (Jaroschy) 743.
Chondrodystrophie (La Fétra 743 — (Jansen) 743 — (Mayerhofer) 698 — (Swoboda) 744, 940.
Chondrodystrophie, Röntgenbild und Sektion (La Fétra) 390 — (Ravenna) 1007.
Chondrodystrophie, Ossifikationsbefunde an den Händen (Reyher) 1007.
Chondrodystrophie, Veränderungen der Schilddrüse bei einer kretinoiden Abart (Symmers und Wallace) 1007.
Chondroiturie und fakultative Albuminurie (Pollitzer) 211.
Chvosteksches Phänomen Ball 96, 269 — (Murray) 773.

Chylus, multiple mesenteriale Chyluszysten (Poulsen) 730.
Chymosin (Rakoczy) 662.
Cineol gegen Askariden (Brüning) 612.
Clavicula, kongenitaler Defekt (Reichmann) 279.
Clavicula, Frakturen beim Neugeborenen (Labourdette und Tissier) 276.
Clavicula, Frakturen und Asphyxie des Neugeborenen (de Forest) 275.
Coecum, Verdoppelung (Läwen) 758 — muköse Zyste (Blackader) 911.
Cohensche Mikroben (Duthoit) 259.
Coeliotomie (Hunter) 1013.
Consultation de nourrissons (Bels) 280 — (Lust) 1023 — (Meignant) 1023 — (Villanova) 284 — in Bordeaux (Lefour und Balard) 762 — in Montpellier (Bosc)) 761 — in München-Westend (Schmidt) 763 — der mines de Blanzy (Duplessis) 761.
Corpus luteum, Beziehung zum Wachstum der Mamma (O'Donoghue) 9 — Einfluß des Extraktes auf die Mamma (Schaper) 662 — Anwendung auf Milchkühe (Gavin) 659.
Corpus striatum, Entartung (Chermitte) 912.
Coryza, (Kaupe) 1009 — Pathologie (Göppert) 345 — Behandlung (German) 300 — (Lautmann) 1010 — interne Kalkbehandlung (Januschke) 613.
Coxa valga (Lance) 755.
Coxa vara (Frölich) 754 — (Kirmisson) 754 — (Lance) 278 — (Lauper) 755 — (Moschinsky) 278 — (Mouchet und Sègard) 755 — (Schelbaum) 278 — (de la Villéon) 1017.
Coxa vara infektiösen Ursprungs (Rocher) 755.
Coxa vara infolge Karies des Schenkelhalses (Engelmann) 699 753.
Coxitis und Beckenabszeß (Roux) 277.
Cyanose, kongenitale (Gromski) 174.

Daktylitis, syphilitische (Fitzwilliams) 164.
Daktylomegalie (David) 279.
Darm, kongenitale Atresie (Edington) 995 — (Forßner) 757 — kongenitaler Verschluß des Dünndarms (Perrin) 759.
Darm, anorektale Imperforation (Viannay) 760.
Darm, kongenitale Darmstenose **(Stolte) 341,** 590, 996.
Darm, rektaler Schleimepithelpfropf und Darmstenose (Trumpp) 118, 169.
Darm, Entwicklungshemmung des Dickdarms (Jefferiss) 728 — (Perrin) 265, 759, 1019.
Darm, kongenitaler partieller Defekt (Noguchi) 396.
Darm, kongenitale Dilatation (Rousselot) 265.
Darm, kongenitale Megalie (Mensi) 264.
Darm, Verschluß beim Neugeborenen (Henneguier) 264.
Darm, kongenitale Anomalien mit Darmstörungen (Hustin-Houyoux) 242.
Darm, Dauer der Darmpassage beim Säugling (Rémy) 619.
Darm, Durchlässigkeit des Säuglingsdarmes für artfremdes Eiweiß und Doppelzucker **(Hayashi) 749** — Durchlässigkeit für heterologes Eiweiß (Lust) 243, 840.
Darm, Durchlässigkeit für Antitoxin (Hahn) 625, 840.
Darm, Darmsand (Talbot) 911.
Darm, Einfluß der Nahrung auf die Darmflora (Friedlander und Greenebaum) 659 — Einfluß hoher Eiweißernährung auf die Darmflora (Holt, Levene, Browhn, Wollstein, Courtney, Moore) 199 — Einfluß infizierter Milch auf das Bakteriumwachstum im Darm (Hansen) 5, 613.
Darm, diagnostischer Wert der Darmkoliagglutination (Zeiss) 612.
Darm, Anwendung intestinaler Antiseptika (Hand) 617.
Darm, Erkrankungen (Puckett) 730.
Darm, putrid-toxische Prozesse (Rodella) 265.
Darm, Behandlung der Darmintoxikation (Metschnikoff und Wollmann) 661.
Darm, Störungen als Folgen von leichten Leberstörungen (Mauban) 731.

Darm, Dauerträger und Dauerträgerbehandlung bei infektiösen Darmerkrankungen (Weichardt und Haussner) 647.
Darm bei foudroyant verlaufender Genickstarre (Göppert) 636.
Darm, Histologie der kongenitalen Dünndarmsyphilis (Warstat) 650.
Darm, Tuberkulose des Darmes und des Mesenteriums (Triboulet und Debré) 717.
Darm, ausgebreitete Ulzeration (Phillips) 730 — gangränöse Ulzeration (Porak) 260 — Ulkus des Dünndarmes (Phillips) 590.
Darm, Invagination (Barling) 1007 — (Beede) 1010 — (Dicken) 728 — (Dowd) 1011 — (Garrow) 1012 — (Guillaume) 1012 — (Henderson) 496 — (Hughes) 437 — (Kahn) 1013 — (Koch und Oerum) 101, 393, 751 — (Landry) 1014 — (Lett) 1014 — (Monnier) 1014 — (Mummery) 387 — (Ombrédanne) 265 — (Savariaud) 1015 — (Souttar) 1015 — (White) 753.
Darm, Invagination; Röntgendiagnose (Snow und Clinton) 910.
Darm, akute unreponierbare Invagination (Hughes und Power) 264.
Darm, rezidivierende akute Dünndarminvagination (Schneider) 730, 910.
Darm, chronische Invagination nach Appendizitis (Wollin) 488.
Darm, Diagnose und Behandlung der Invagination (Ladd) 729.
Darm, Verschluß (Bienvenue) 264 — (Mummery) 387 — (Péraire) 265.
Darm, Okklusion durch Askariden (Ruland) 730.
Darm, Okklusion durch Meckelschen Divertikel (Nieto und Prat) 729.
Darm, Pathogenese, Klinik und Therapie der erworbenen Mastdarmstrikturen (Ruge) 590.
Darm, Pseudodarmverschluß und Pneumokokkensepsis (Triboulet) 258.
Darm, Therapie (Barbour) 241.
Darm, Parasiten (Goodhart) 264.
Darm, Polyposis intestinalis (v. Bokay) 727.
Darm, Riesenzellensarkom (v. Bokay) 1011 — Sarkom des Dünndarms (Brun) 275.
Darmspalte (Läwen) 758.
Daumen, doppelter (Noel) 1019.
Daumen, angeborenes Fehlen (Sequeira) 759.
Debilität, kongenitale (Cordier) 969 — (Variot und Pironneau) 630.
Debilität, mentale (Dupré und Collin) 773.
Deformitäten, Prophylaxe (Delchef) 753 — im Wachstumsalter (Drehmann) 278.
Dekanulement, erschwertes (Massini) 158 — Schwierigkeiten (Wickmann) 298 — erschwertes und Diphtheriereziviv (Bösensell) 633.
Dekanulement, Autoskopie bei erschwertem (Uffenorde) 749.
Dekubitalgeschwüre, lokale Behandlung (v. Bokay) 922.
Dementia praecox (Becker) 827 — (Mollweide) 827.
Dementia praecox, Abderhaldensche Methode (Fauser) 827.
Dementia praecox, histologische Befunde (Frankhauser) 827.
Dementia praecox, Frühsymptome (Ritterhaus) 827.
Dementia praecox, Prognose (Stearns) 827.
Dementia praecox, körperliche Störungen (Meyer) 827.
Demenz, primäre und epileptische (Perrin) 1003 — bei Epilepsie (Haushalter) 737.
Dentition, siehe Zahnung.
Depopulation in Frankreich (Carrère) 281.
Dermatitis bullosa nach Vakzination (Kerby-Smith) 764.
Dermatitis exfoliativa (Wolters) 746 — exfoliativa neonatorum (Oppenheim) 745.
Dermatitis gangraenosa infantum (Howard) 1007.
Dermatitis herpetiformis (Broemau) 1007.
Dermatologie, Sammelreferat (Leiner) 865.
Dermatomykosen, Behandlung (Klingmüller) 874.
Dermato-Myositis (Batten) 152 — (Comby) 273.
Dermatose, kongenitale (Nicolas, Moutot und Charlet) 875.
Dermatosen und Anazidität (Lier und Porges) 874.
Dermatosen, therapeutische Anwendung von Normalserum (Ullmann) 875.

Dermoidzyste (Valdameri) 752 — der Nase (Yearsley) 152.
Desinfektion der Schulen (Walker) 767.
Dextrine und Maltose bei Säuglingsernährung (Southworth) 74, 244.
Dextrokardie (Hermanides) 601, 719 — (Jonkers) 601 — (Ortiz) 720.
Dextrokardie, kongenitale familiäre (Neuhof) 1019.
Dextrokardie, Einteilung (Cade und Rebattu) 718.
Diabetes (Knox) 1005 — (Merklen) 272 — (Morse) 597, 742 — (Sainton und Rol) 1005 — (Thompson) 272.
Diabetes bei Tuberkulose (di Giorgio) 742.
Diabetes und Oxyuren (Stettiner) 315.
Diabetes, Kind diabetischer Mutter (Voron und Volmat) 630.
Diabetes, Ernährung (Albu) 188.
Diabetes insipidus (Weber) 153.
Diagnose bei Kindern (Staats) 612
Diagnostik im Kindesalter (Kebbell) 611.
Diagnostische Irrtümer bei Kinderkrankheiten (Moss) 611.
Diagnostische Schwierigkeiten (Porter-Parkinson) 957.
Dialysierverfahren bei Infektionskrankheiten (Abderhalden und Andryewsky) 970 — nach Abderhalden (Falk) 659.
Diaphragma, kongenitale Hernie (Vannesson) 277.
Diaphragma, Störungen im Schluß des Zwerchfells (Risel) 759.
Diarrhöe (Morgan) 961.
Diarrhöe beim Brustkind (Variot) 12 — bei künstlicher Ernährung (Pironneau) 619 — (Johnson) 242.
Diarrhöe und Ernährung (Morgan) 243.
Diarrhöe, hervorgerufen durch frische Luzerne (Blum) 615.
Diarrhöe, Stoffwechseluntersuchung (Remy) 244 — koprologische Bestimmung des Ausgangspunktes (Coiffon) 617.
Diarrhöe, infektiöse (Manning) 243.
Diarrhöe, ätiologische Einteilung (Pironneau) 244.
Diarrhöe, medikamentöse Behandlung (Fuld) 314.
Diarrhöe, Salzlösungen bei epidemischen Durchfällen (Mackenzie) 201, 243.
Diastase, hydrolysierende (Berg) 2.
Diastase im Säuglingsharn (Mayer) 626 — in den Fäzes (Rotky) 966.
Diastase, Einwirkung von Stickoxyd (Panzer) 627.
Diastase, Mechanismus der Zerstörung (Agulhon) 1.
Diastematomyelie (Westenhöfer) 280.
Diätetisches Kochbuch (Dornblüth) 712.
Diathesen (Schreiber) 80.
Diathese, allgemeine Anschauung über Diathesen (Galup) 631.
Diathese, Anaphylaxie in der Pathogenese der Diathesen (Lévi) 631.
Diathese, Konstitutionsanomalie (Pässler) 554.
Diathese, kindliche und alpines Hochgebirge (von Planta) 211.
Diathese und Ekzem (Schkarin) 875.
Diathese, exsudative, Beteiligung der Schleimhaut des Urogenitalapparates (Beck) 81, 873 — Harnsäureausscheidung (Kern) 631 843.
Diathese, exsudative und Akroasphyxie (Gismondi) 249.
Diathese, exsudative und Eosinophilie **(Kroll-Lifschütz) 603** — (Brandstetter) 969.
Diathese, exsudative und Hautreaktion (Rachmilewitsch) 249, 417.
Diathese, exsudative und Vagotonie **(Krasnogorski) 129,** 874, 970.
Diathese, exsudative; Behandlung der Ekzeme (Bantlin) 631.
Diathese, exsudativ-lymphatische (Sittler) 180.
Diathese, Status thymo-lymphaticus (Schridde) 370 — und Salvarsan (Rindfleisch) 417.
Diathese, Blutbild bei lymphatischer Konstitution (Siess und Stoerk) 477.
Diathese, hämorrhagische (Rubin) 321. — beim Neugeborenen (Schloss und Commiskey) 249.

Diathese, Bluttransfusion bei Hämorrhagie (Vincent) 291.
Diathese, spasmophile (Lederer) 631 — Behandlung (Rosenstern) 631 — und Debilitas congenita (Rosenstern) 630 — Bronchotetanie (Lederer) 477.
Diazoreaktion bei Scharlach und Serumkrankheit (Woody) 258 — bei Typhus, Scharlach und Masern (Rumjanzeff) 156.
Dicephalus tribrachius (Häberle) 757.
Differentialdiagnose (Thomson) 212.
Digitalis (Romberg) 360.
Diphtherie (Blühdorn) 298 — (Hans) 298 — (Humphreys) 637 — (Reiche und Leede) 643.
Diphtherie, larvierte (van Bemmel) 633.
Diphtherie, Blutdruckmessung (Brückner) 634 — (Cobliner) 251 — (Fiedler) 635.
Diphtherie, Pathogenese (Abramow) 249.
Diphtherie, Tröpfcheninfektion (Teague) 845.
Diphtherie, Kutanreaktion (v. Szontagh) 93 — Intrakutanreaktion auf Diphtherietoxininjektion (Michiels und Schick) 214, 215 — Empfindlichkeit der kindlichen Haut gegen Diphtherietoxin (Major und Nobel) 957.
Diphtherie, Toxinbefunde im Blut diphtheriekranker Kinder (Harriehausen und Wirth) 637.
Diphtherie, Wirkung des Toxins auf Zellen (Levaditi und Mutermilch) 238.
Diphtherie, Einfluß der Autolyse auf das Diphtheriegift (Barlocco) 250.
Diphtherie, Antitoxin (Beyer) 250.
Diphtherie, Antitoxin im Blutserum (Schöne) 216, 644 — Antitoxingehalt des menschlichen Blutserums (Kleinschmidt) 949.
Diphtherie, Resorption des Diphtherieantitoxins (Morgenroth u. Levy) 298.
Diphtherie, Antitoxinuntersuchungen (Beyer) 379.
Diphtherie, Reaktion zwischen Toxin und Antitoxin (Barikine) 632.
Diphtherie, Antikörperbildung (Hahn) 637.
Diphtherie, Immunität (Hahn) 216, 637.
Diphtherie, Verhalten des Diphtherieschutzkörpers bei Mutter und Neugeborenen (Kassowitz und Groer) 526.
Diphtherie, Schutzkörper des Neugeborenen (v. Groer und Kassowitz) 527.
Diphtherie, pathologisch-anatomische Organ- und bakteriologische Leichenblutbefunde (Leede) 639.
Diphtherie, Diagnostik (Seligmann) 978.
Diphtherie, Diagnose und Behandlung (Greene) 636 — Intubation und Antitoxinbehandlung (Place) 256.
Diphtherie, Symptome und Diagnose (Menville) 641.
Diphtherie, Arthussches Phänomen (Aviragnet und Halle) 250.
Diphtherie, Bakteriologie (Kolmer) 565, 638 — (Neisser) 958.
Diphtherie, bakteriologische Diagnose (Marzinowsky) 157, 255 — und Statistik (Knebel) 638.
Diphtherie, Bazillen (Meunier) 958.
Diphtherie, Bazillen im Säuglingsalter (Camerer) 528.
Diphtherie, Nachweis der Diphtheriebazillen (v. Drigalski und Bierast) 566 — Untersuchung auf Diphtheriebazillen (Neisser) 255 — Nachweis der Bazillen (Ponder) 426 — Nachweisverfahren der Bazillen (Völckel) 880, 979.
Diphtherie, Tellurnährböden bei der bakteriologischen Diphtheriediagnose (Schürmann und Hajos) 471 — Nachweis mit Conradi-Trochscher Tellurplatte (Wagner) 647.
Diphtherie, Türksche Diphtheriebazillen im Blut (Dupérié) 973.
Diphtherie, Verbreitung der Bazillen im Herzblut (Sommerfeld) 426.
Diphtherie, Menschenblutserum für die Bazillenkultur (Martini) 976.
Diphtherie, Untersuchung der Diphtheriebazillen nach der biometrischen Methode (Morse) 565.

Diphtherie, Färbung der Diphtheriebazillen (Gins) 381, 636.
Diphtherie, Einwirkung des Staphylokokkus aureus auf den Löfflerschen Bazillus (de Witt) 411.
Diphtherie, experimentelle Untersuchungen über Diphtheriebazillen (Ménard) 613.
Diphtherie, Komplementbindungsreaktion bei Diphtheriebazillen (Kolmer) 92, 565 — Komplementfixations-Reaktion bei Diphtheriebazillen (Morse) 564.
Diphtherie, Toxinproduktion verschiedener Diphtheriestämme (Berry und Blackburn) 411.
Diphtherie, Bazillen im Harn (Beyer) 380, 633. — Absonderung von Diphtheriekeimen durch den Harn (Conradi und Bierast) 216 — Bazillen im Harn (Freifeld) 958 — (Gräf) 958 — Vorkommen von Diphtheriebazillen im Harn (Koch) 253, 379.
Diphtherie, Bazillen des Penis (Kolmer) 253.
Diphtherie, Bazillen im Nasen- und Rachensekret (Conradi) 380, 634.
Diphtherie, Prophylaxe (Brückmer) 634 — (Jochmann) 638 — (Schanz) 644 — (Weill-Hallé und Lévy) 980.
Diphtherie, prophylaktische Immunisierung auf stomachalem Wege (Sivori und Costantini) 645.
Diphtherie, Prophylaxe und Therapie (Schreiber) 486, 645 — Prophylaxe und Frühbehandlung (Braun) 216, 633.
Diphtherie, Bekämpfung (Conradi) 634 — (Delyannis) 972 — Seligmann) 978 — (Steinbrück) 298.
Diphtherie, Bekämpfung in Schulen (Schopohl) 978 — (Seligmann) 298.
Diphtherie, gemeinverständliche Belehrung (Martini) 976.
Diphtherie, Pathologie und Therapie (Schöne) 257.
Diphtherie, Behandlung (Brelet) 633 — (Eckert) 298, 379 (Feer) 215 — (Lorey) 214, 298, 639 — Therapie (Schick) 978 — (Sittler) 645.
Diphtherie, Behandlung mit großen Serumdosen (Ehrhardt) 298, 635 — Wirksamkeit großer Serumdosen (Schöne) 644.
Diphtherie, immunisierende Wirkung kleiner Toxindosen (Brown) 411, 958.
Diphtherie, intralumbale Anwendung des Diphtherieserums (Bingel) 298.
Diphtherie, intravenöse Anwendung des Heilserums (Beyer) 896, 971.
Diphtherie, wiederholte Seruminjektionen und Überempfindlichkeit (Nemmser) 471.
Diphtherie, Wirksamkeit des Serums bei Beteiligung des Nervensystems (Beyer) 426 — (Kleinschmidt) 426 — Behandlung postdiphtherischer Lähmungen mit Heilserum (Chron) 298 — (Porak) 298.
Diphtherie, Serumbehandlung (Bandi) 958 — (Culkin) 634 — (Poetsch) 256 — (Reiche) 643.
Diphtherie, Serumtherapie (Goldmann) 636 — (Mondolfo) 976 — (Park) 425 — (Rolly) 298.
Diphtherie, Behandlung mit spezifischem Serum (Lewkowicz) 172 — (Pulawski) 172.
Diphtherie, Wirkungsweise des medizinalen Antidiphtherieserums (Ménard) 613.
Diphtherie, Wirksamkeit des Heilserums (Beyer) 250 — (Kleinschmidt) 250.
Diphtherie, Antitoxingehalt des Diphtherieserums und Heilwert (Kraus und Bächer) 566.
Diphtherie, Behandlung mit Endotoxin (Hewlett und Nankivell) 426 — (Hewlett, Tanner und Nankivell) 253.
Diphtherie, neues Diphtherieschutzmittel (v. Behring) 486, 633 — Behringsche Antitoxinbehandlung (Reiche) 643 — Behrings neues Schutzmittel (Viereck) 647 — (Zangemeister) 647 — (Zangemeister und Viereck) 486.
Diphtherie, Antistreptokokkenserum (Darrier) 298.
Diphtherie, Behandlung der Larynxdiphtherie (Farmer) 252 — Behandlung von Larynxstenose (de la Rivière) 643.
Diphtherie, fortgesetzte Intubation bei diphtherischer Kehlkopfstenose (Brückner) 634.

Diphtherie, Behandlung mit Hitze (Rendu) 256, 298, 643.
Diphtherie, Milchsäurebazillenspray (Wood) 897.
Diphtherie, Schiötzsche Methode zur Entfernung der Diphtheriebazillen (Wright) 897.
Diphtherie, Jodpinselung des Rachens zur Beseitigung von Diphtheriebazillen (Strauch) 897, 979.
Diphtherie, Konstanz der Bazillen (Berry und Banzhaf) 410.
Diphtherie, Bazillenträger (Caussade und Joltrain) 251 — (Lind) 639 — (Maresz) 255 — (Merkl) 976 — (Rolleston) 896, 977 — (Sawyer) 978 — (Schrammen) 157, 645, 978 — (Seligmann) 978 — (Wilson) 980.
Diphtherie, Bazillenträger und Schulaufsicht (Albert) 250.
Diphtherie, Dauerträger und Dauerträgerbehandlung (Weichardt und Pape) 647 — Entkeimung der Bazillenträger (Petruschky) 299 — Behandlung der Bazillenträger (Bauer) 347 — (Woodruff) 980.
Diphtherie, Behandlung der Bazillenträger mit Streptokokkenspray (Alden) 632 — Behandlung der Bazillenträger mit Staphylokokkenspray (Lorenz und Ravenel) 92, 639.
Diphtherie, klinische Erfahrungen (Nordmann) 298 — seltene durch den Diphtheriebazillus hervorgerufene Erkrankungen (Müller) 641, 875 — Beobachtungen am Spital für Infektionskrankheiten in Cincinnati (Bell) 633.
Diphtherie der Haut (Sowade) 646 — der Haut, mit ungewöhnlich starker Antitoxinbildung (Kleinschmidt) 895 — der Haut und des Unterhautzellgewebs (Deutschländer) 251 — Hautgeschwüre (Müller) 215.
Diphtherie, Onychie (Tylecote) 896.
Diphtherie, Herpes facialis (Reiche) 977.
Diphtherie, Conjunctivitis (v. Hoor) 747.
Diphtherie der Nase (Moss) 641 — primäre, nasale (Przedpelska) 256.
Diphtherie, Otitis media (Szmurlo) 178.
Diphterie, Ohr- und Nasenrachenraum (Scheppegrell) 644.
Diphtherie nach Durchstechung der Ohrläppchen (Pollak) 875, 977.
Diphtherie, atypische des Pharynx (Lind) 639.
Diphtherie des Larynx (Greenwell) 637 — (Mann) 640.
Diphtherie, Diagnose und Behandlung der Larynxdiphtherie (Hill) 253.
Diphtherie, tödliche Spätblutungen nach Tracheotomie (Lallemant) 639.
Diphtherie, Croup (Blanc) 971 — (Morales) 976.
Diphtherie, bronchiale (Reh) 643.
Diphtherie, chronische Infektion der Lungen (Schmidt) 380.
Diphtherie, Angina (Nobécourt) 255 — (Goldstein) 636 — maligne Angina (Verdoux) 258.
Diphtherie des Ösophagus (Rolleston) 157, 896, 977.
Diphtherie des Magens (Tylecote) 646, 896.
Diphtherie, Enteritis (Cargin) 897.
Diphtherie des Dickdarms (Müller) 215.
Diphtherie, Entstehung der kleinzelligen Infiltrate in der Niere (Schridde) 645 — Regeneration von Nierenepithelien bei Diptherie (Häßner) 637.
Diphtherie, Veränderungen der Hypophyse (Creutzfeldt und Koch) 972.
Diphtherie, Giftigkeit des Harns (Aronson und Sommerfeld) 213.
Diphtherie, Hämorrhagie (Rolleston) 379.
Diphtherie, Septikämie (Morgan) 641.
Diphtherie, Herz (Elliott) 635.
Diphtherie, Herzthrombose (D'Espine und Mallet) 635
Diphtherie, Herztod (Rohmer) 91, 378.
Diphtherie, Herzkomplikationen (Coghlan) 217.
Diphtherie, Kreislaufstörungen (v. Willebrand) 605.
Diphtherie, isolierte Erregbarkeitsstörung des Ventrikels (Fries) 636.
Diphtherie, postdiphtherische Lähmung (Acuna) 970 — (David) 378 — (Dransfeld) 298 — (Duncker) 973 — (Rolleston)

644, 845 — (Römer und Viereck) 977. — (Steinhoff) 646.
Diphtherie, pathologische Physiologie der Lähmungen (Guillain und Laroche) 637.
Diphtherie, postdiphtherische Hemiplegie (Leede) 639.
Diphtherie, Pathogenese und Klinik der zerebralen postdiphtherischen Lähmungen (Dynkin) 595, 635, 895.
Diphtherie, Lähmung in pseudotabetischer Form (Auché und Dantin) 632.
Diphtherie, Augenmuskellähmung (Terrien) 258.
Diphtherie, postdiphtherische Akkommodationslähmung (Auerbach) 970.
Diphtherie, postdiphtherische Abduzenslähmungen (Rother) 644.
Diphtherie, postdiphtherische Fazialislähmung (Wolff) 258, 426.
Diphtherie bei Masern (Lapeyre) 254.
Diphtherie und Scharlach, Bekämpfung (Rogowski) 644 — Bazillen und Scharlachinfektion (Higgins) 974.
Diphtherie, Rezidive (Reiche) 643 — Rezidive und erschwertes Dekanülement (Bösensell) 633.
Diphtherie, Reininfektion (Reiche) 977.
Diphtherie, Kontrolle (Seemann) 645.
Diphtherie, Epidemie (Adler) 632, 970 — (Kellner) 975.
Diphtherie, Epidemiologie (Klinger) 638, 948.
Diphtherie, Epidemiologie und Bekämpfung (Drigalsky) 298 — Epidemiologie und Prophylaxe (Sobernheim) 978.
Diphtherie, Epidemiologie und Klinik (Seligmann und Schloß) 91.
Diphtherie, Durchseuchung (Hahn) 216.
Diphtherie, Klassenepidemie (Gettkant) 636 — (Schultz) 978.
Diphtherie, Verbreitung durch die Schule (Stockvis) 298 — in der Schule (Seydel) 645.
Diphtherie, Maßregeln in Harzburg (Bachmann) 632.
Diphtherie, Zimmerdesinfektion (Arms und Whitney) 156.
Diphtherie und soziale Lage (Reiche) 977.
Diphtherie, Morbidität und Mortalität (Martin) 255, 640 — Sterblichkeit (Place) 977 — Herabsetzung der hohen Mortalität (Hill) 253.
Diphtherie, preußische Statistik (Schultz) 257.
Diplegie, spastische (Clark und Taylor) 833 — (Goldenberg) 833.
Diplegie, infantile, zerebro-zerebellare (Clark) 736, 916.
Diplegie, neuritische des Brachialis (Hoffmann) 777.
Diplegie bei kongenitaler Pseudobulbärparalyse (Chaslin und Delage) 736.
Diplokokkus pneumoniae (v. Calcar) 720.
Dissozialität Jugendlicher (Lazar) 1000.
Diuretikum, intravenöse Anwendung (Erdélyi) 733.
Divertikel, Persistenz (Muggia) 265.
Divertikel und Darmverschluß (Bienvenue) 264.
Doppelbildungen (Kästner) 757.
Doppelbildung der Stimmbänder (Lautenschläger) 758.
Doppelhändigkeit (Macnaughton-Jones) 1001.
Doppelmißbildung (Häberle) 757 — (Oster) 759.
Dosierung der Arzneimittel (Dilling) 239.
Drehlade (Schloßmann) 1024 — in Italien (Dotti) 281.
Drosan (Brettschneider) 895.
Drüsen, Physiologie (Asher) 358.
Drüsen, Diagnose der vergrößerten Bronchialdrüsen (Stoll) 210.
Drüsen und Lungentuberkulose, Röntgenuntersuchung (Ségard) 717.
Drüsen, Tracheobronchialdrüsenerkrankung (Pironneau) 262 — Radiologie der Tracheobronchialdrüsenerkrankung (D'Oelsnitz) 262 — (D'Oelsnitz und Paschetta) 262.
Drüsen, Tuberkulose der Tracheobronchialdrüsen (Barbe-Oberlin 250 — plötzlicher Tod durch Tracheobronchialdrüsen-Tuberkulose (Cacciami) 251.
Drüsen, Zervikaldrüsenerkrankung (Fowler) 262 — Zervikaladenitis und Anginaepidemie (Ruräh) 223.

Drüsen, Behandlung der tuberkulösen Nackendrüsen (Cutcliffe) 251 — Behandlung vergrößerter Zervikaldrüsen (Stone) 167.
Drüsen, konservative Behandlung der Drüsentuberkulose (Iselin) 90.
Drüsen, Hodgkinsche Erkrankung (Hunter) 262.
Drüsenfieber (Brelet) 991 — (de Stella) 992.
Du und Deines Kindes Pflege (Sternberg-Westholz) 712.
Duchenne-Erbsche Paralyse (D'Espine) 269.
Ductus arteriosus Botalli, Persistenz (Piane) 720 — (Wessler und Bass) 760 — (Sédillot) 259 — Offenbleiben (Miller und Orton) 758 — Offenstehen (Motzfeldt) 1019.
Ductus choledochus, angeborener Defekt (Elperin) 731, 912.
Dukessche Krankheit (Brainin) 250.
Duodenalkatheter (Hess) 314.
Duodenum, Atresie (Weber) 730 — angeborene Atresie (Donald) 911, 995 — (Gladstone) 995.
Duodenum, Verschluß (White) 266.
Duodenum, Ulkus (Cheinisse) 995 — (Gallas) 995 — (Matko) 731 — perforierendes Ulkus (Durante und Ecalle) 728 — (Ribadeau-Dumas und Levi-Franckel) 265.
Duodenum, Verhalten des Duodenalinhaltes bei Icterus catarrhalis und Ulcus duodeni (Matko) 731.
Duodenum, akuter Katarrh (Talbot) 265.
Duodenum, Anlegung von Kulturen (Hess) 564.
Dupuytrensches Zeichen bei der kongenitalen Hüftgelenksluxation (Lance) 754, 1013.
Dura mater, Tumoren (Bundschuh) 99.
Dysbasia lordotica progressiva (Fränkel) 801.
Dyschezie, kongenitale (Hertz) 149.
Dysenterie, bazilläre (Harper) 974 — Epidemie von bazillärer (Baugher und Gay) 633.
Dysenterie, ruhrartige Grippeendemie (Bernheim-Karrer) 535.
Dysenterie, Enterokolitis (Weill-Hallé) 265.
Dysenterie, Ätiologie und Pathogenese der Enteritis dysenteriformis (Lo Re) 264.
Dysenterie, duodenale Verabreichung von Ipekakuanha (Beck 633.
Dysenterie, Molketherapie bei ruhrartigen Darmkatarrhen (Frank) 4, 242.
Dysenterie durch Flagellaten (Leitao) 382, 976.
Dysenterietoxin, Empfindlichkeit der kindlichen Haut (Major und Nobel) 880.
Dysostose, hereditäre cranio-faziale (Crouzon) 99, 735.
Dyspepsie im späteren Kindesalter (Hutchison) 474, 618 — Wirkungen des hohen Zuckergehaltes der Milch (Silvestre) 620.
Dysplasie, periostale (Regnault) 744 — periostale und Mikromelie (Bonnaire und Durante) 268, 743.
Dysthyreoidismus (Franzi) 263 — (Luzzatti) 726.
Dystonia musculorum deformans (Fränkel) 801 — musculorum progressiva (Beling) 801.
Dystopie, kongenitale der Niere (Bretschneider) 278 — (Hoppe) 733.
Dystopie der inneren Genitalien (Vas) 169.
Dystrophie der Haare und Nägel (Eisenstädt) 745.
Dystrophie, kraniofaziale (Crouzon) 99.
Dystrophie, paratuberkulöse (Maggiore) 254.
Dystrophie, osteomuskuläre mit Zwergwuchs (Hutinel und Harvier) 86.
Dystrophia osteomuscularis mit Zwergwuchs (Tixier und Roederer) 272.
Dystrophie, Beziehung der Syphilis zur progressiven Muskeldystrophie (Cadwalader und Corson-White) 985.

Ebagapräparate in der Dermatologie (Neugebauer) 875.
Echinokokkus (Verdelli) 752, 979 — des Douglas (Veau) 979 — der Niere (Kirmisson) 751 — (Loumeau, Sabrazès und Muratet) 254.
Ecole des Sciences de l'Education à Genève (Pletzhoff-Lejeune) 766.

Eier, alimentäre Anaphylaxie (Lesné und Richet fils) 240, 364 — Idiosynkrasie (Schloß) 317.
Eigenserum, therapeutische Verwendung (Spiethoff) 875.
Eisen, Stoffwechsel (Schmidt) 627 — Stoffwechsel im Säuglingsalter (Langstein und Edelstein) 500.
Eisen und Anämie (Ashby) 261 — Gehalt der Organe bei Anämie (Ashby) 433.
Eisen, Bestimmung in Milch (Nottbohm und Weißwange) 9 — Gehalt der Kuhmilch (Edelstein und v. Csonka) 4 — Gehalt der Frauenmilch und Kuhmilch (Langstein und Edelstein) 7 — (v. Soxhlet) 12 — Gehalt der Ziegenmilch (Stafford) 12.
Eisen, Jodozithinpräparate (Cramer) 563.
Eiweiß, Durchlässigkeit des Säuglingsdarmes für artfremdes Eiweiß und Doppelzucker **(Hayashi) 749.**
Eiweiß, Durchlässigkeit des Magendarmkanals für heterologes Eiweiß (Lust) 243.
Eiweiß, Übergang von Eiweißkörpern aus der Nahrung in den Harn bei Albuminurie **(Hayashi) 101,** 965.
Eiweiß, Übergang der Eiweißverdauungsprodukte von der Mutter auf den Fötus (Buglia) 610, 967.
Eiweiß, Schwankungen im Eiweißgehalt beim Säuglingsblute (Hagner) 723.
Eiweiß, Fällungsverfahren (Pfeiffer) 345.
Eiweiß, Abbau der Milcheiweißkörper (Abderhalden und Kramm) 1 — Differenzierung der Milcheiweißkörper (Philipp) 9.
Eiweiß, oxydativer Abbau der Eiweißkörper (Eisler) 659.
Eiweiß, Wirkung hohen Eiweißgehaltes der Nahrung bei Gärungsstörungen (Weston) 245.
Eiweiß, Dyspepsie (Combe) 616.
Eiweiß, Bedarf beim Brustkind (Zanetti) 245.
Eiweiß, Stoffwechsel (Mc Collum) 3 — (Hoobler) 660.
Eiweiß, Einfluß hohen Eiweißgehaltes auf Stoffwechsel, Darmflora und Körpertemperatur (Holt, Levene, Brown, Wollstein, Courtney, Moore) 199 — Einfluß großer Eiweißmengen auf den Gesamtstoffwechsel, Darmflora und Körpertemperatur des Säuglings (Zuckmayer) 627.
Eiweiß im Stoffwechsel des fiebernden Menschen (Grafe) 573.
Eiweiß, Stoffwechsel bei Ernährung mit Eiweißmilch (Hoobler) 626, 838.
Eiweiß, Milz als Organ des Eiweißstoffwechsels (Vogel) 358.
Eiweißkörper durch Essigsäure fällbare bei orthostatischer Albuminurie (Pollitzer) 211 — Hydrolyse (van Slyke) 11.
Eiweißmilch (Beck) 959 — (Benfey) 839 — (Cassel) 3, 74, 314 — (Meyer) 114, 314 — (Näf) 569, 619 — (Nobécourt und Schreiber) 619 — (Ribadeau-Dumas) 619, 662 — (Schwyzer) 945, 962 — (Weill und Mouriquand) 245.
Eiweißmilch bei Neugeborenen (Benfey) 2, 314.
Eiweißmilch, Stoffwechsel (Hoobler) 626, 838 — Eiweißstoffwechsel (Hoobler) 660.
Eiweißmilch bei magendarmkranken Säuglingen (Beck) 2 — bei Verdauungsstörungen (Wilcox und Hill) 621, 838.
Eiweißmilch, Ersatzpräparate (Stoeltzner) 624.
Eiweißmilch, Ersatz fürs Privathaus (Engel) 569.
Eiweißmilch, Herstellung einer Säuglingsnahrung nach dem Prinzip der Eiweißmilch (Engel) 348.
Eiweißmilch, Larosan (Stoeltzner 363, 662.
Eiweißmilch, Larosan als Ersatz (Forcart) 659.
Eiweiß-Rahmmilch (Feer) 616, 839.
Eklampsie, Milch eklamptischer Frauen (Frost) 617 — und Milchfieber (Healy und Kastle) 5, siehe Spasmophilie.
Ektasie, kongenitale beim Säugling (Cardies) 728.
Ektodermale Defekte (Christ) 1007.
Ektopie der Blase (Stone) 999.
Ektopie des Herzens (Rolland) 988.

Ektopie des Hodens (Corse und Swynghedauw) 1012 — (Fischer) 733, 1012 — (de Kervily und Branca) 1013 — (Savariaud) 1015.
Ektopie der Linse (Bergmeister) 746.
Ektrodactylie (Veau und Lamy) 1020.
Ekzem (Codercreutz) 604 — (Jamieson) 1007 — (Klingmüller) 1007.
Ekzem, Ätiologie (Schkarin) 845.
Ekzem und Diathese (Schkarin) 746, 875.
Ekzem in Beziehung zur Eosinophilie (Brandstetter) 969.
Ekzem, Behandlung (Bendix) 599, 873 — (Veiel und Fritz) 212.
Ekzem, diätetische Behandlung (Cramer) 316 — (Finkelstein) 316, 745, 874.
Ekzem, Behandlung mit molkenarmer Milch (Finkelstein) 4, 314.
Ekzem, Behandlung der Ekzeme bei exsudativer Diathese (Bantlin) 631.
Ekzem, Organotherapie (Rocaz) 316.
Ekzem, schwerer Verlauf (Hichens) 890.
Ekzem und Ernährungsstörungen (Towle und Talbot) 211.
Ekzem, Behandlung mit Pellidol und Azodolen (Bantlin) 316.
Ekzem, Heißluftdusche bei ekzematösen Hautkrankheiten (Kall) 402 — Heißluftbehandlung (Perlmann) 316.
Ekzem bei Syphilis (Findley und Watson) 904.
Ekzematöse Keratokonjunktivitis und Autodarmintoxikation (Colombo) 401.
Elarson (Fischer und Klemperer) 198.
Elektrargol bei Pneumonie (Delhaye) 84.
Elektrokardiogramm (Groedel und Mönckeberg) 719 — schwächlicher Säuglinge (Noeggerath) 720 — bei angeborenen Herzfehlern (Ratner) 720 — Diphtherie (Rohmer) 378.
Elephantiasis, kongenitale (Coronat) 1006 — mollis (v. Pfaundler) 930.
Ellbogen, Fraktur (Coues) 275 — (Silhol) 1015 — angeborene Ankylose (Bychowsky) 756.
Embolie retrograde und Melaena neonatorum (Wolff) 245.
Embryo von 0·9 mm (Debeyre) 628.
Embryo, Bedeutung der inneren Sekretion (Parhon) 993.
Embryo, Blutbildung in der embryonalen Hühnerleber (Haff) 997.
Embryo, Entwicklung des Magens (Boppe und Augier) 609 — Entwicklung der Schleimhaut des Dickdarms und des Processus vermiformis (Johnson) 628.
Embryo, Entwicklung des Vorderarms (Grosser) 248.
Embryo, experimenteller Tumor (v. Scily) 402.
Embryologie, Bedeutung der entwicklungs-mechanischen Forschung (Fischel) 610.
Embryotoxon (Attias) 401.
Emphysem, allgemein verbreitetes bei Meningitis tuberculosa (Klose) 653.
Empyem (Chandler) 432 — durch Pneumokokken (Pouzin) 990 — durch Streptokokken und Erysipel (Hyamanson) 253.
Empyem, synpneumonisches (Reber) 722.
Empyem, bilaterales Thoraxempyem (Zingher) 990.
Empyem beim Säugling (Chandler) 720 — im Säuglingsalter (Zybell) 990 — Behandlung im Säuglingsalter (Noeggerath) 84.
Empyem, Behandlung (Buttermilch und Stettiner) 539 — Siphonbehandlung (Holt) 989 — Senkungsdrainage (Thomas) 488.
Enchondrome, multiple (Burchard) 750.
Endemie von fieberhaften Erkrankungen (Neil und Gowan) 642.
Endokarditis (Gilbert) 718.
Endokarditis, akute (Nobécourt) 719.
Endokarditis, chronische (Cautley) 718.
Endokarditis, infektiöse (Blind) 718.
Endokarditis, akute während Choreaanfalles (D'Espine) 718.
Endokarditis, Thromboendocarditis ulcerosa (Hohlfeld) 259.
Endokarditis, Verlauf, Prognose und Behandlung (Calhoun) 259.
Endotheliom (Hunter) 262.

Energiebedarf des Säuglings (Langstein, Rott und Edelstein) 618, 661.
Energiequotient beim Säugling (Mensi) 661.
Energiequotient und Temperatur (Frank) 965.
Enteritis, diphtherische (Cargin) 897.
Enteritis, chronische, Behandlung mit Meerwasserinjektion (Amyot) 264.
Enteritis, klinische und experimentelle Studien (Richet fils) 619.
Enteritis necrotica beim Neugeborenen (Stamm) 430.
Enteritis dysenteriformis, Ätiologie und Pathogenese (Lo Re) 264.
Enterocolitis, akute (Tuley)265.
Enterocolitis, dysenteriformis (Weill-Hallé) 265.
Enterocolitis, toxische subakute (Martingay) 264, 618.
Enterospasmen, multiple (Wolff) 352.
Entwicklung, geistige (Prengel) 740.
Entwicklung, verzögerte geistige (Cready) 958.
Entwicklung, abnorme, psychische und sexuelle (Morse) 488.
Entwicklung, abnorme infolge Tumor der Zirbeldrüse (Morse) 263.
Entwicklung, verzögerte; Thymusbehandlung (Kerley und Beebe) 263.
Entwicklung, vorzeitige (Poynton) 959 — (Thomas) 689 — (Williams) 389, 614.
Entwicklung junger Säuglinge bei künstlicher Ernährung **(Phillippson) 157** — von 100 Kindern im ersten Lebensjahr (Herrman) 359 — körperliche des Neugeborenen (Lutz) 241 — im ersten Lebensjahr (Manara) 959 — Einfluß schwerer und langdauernder Erkrankungen im Säuglingsalter (Parke und Edmondson) 149, 614.
Entwicklung der Menschheit (Ribbert) 140.
Entwicklungsgeschichte des Menschen (Michaelis) 236.
Enuresis **(Girstenberg) 629** — (Collin) 737 — (Freydier) 270 — (Fritsche) 733 — (Mello-Leitao) 271 — (Simpson) 165, 271.
Enuresis, digestive Form (Courvitch-Schmerling) 270 — und chronische Verdauungsstörungen (van der Bogert) 732.
Enuresis, Behandlung (Klotz) 388 — (Leitao) 388 — epidurale Injektion (Fornaca) 830 — pseudo-epidurale Punktion (Allaria) 268.
Enzephalitis (Koelichen und Skodowski) 178, 975 — akute (Comby) 457.
Enzephalitis acuta und azetonämisches Erbrechen (Babonneix und Blechmann) 615.
Enzephalitis mit Epilepsie (Krumbholz) 1003.
Enzephalitis und Mumps (Bien) 539.
Enzephalitis, Entwicklung des Hydrozephalus (Triboulet, Debré und Godlewski) 739.
Enzephalitis, nervöse und psychische Folgezustände (Lucas und Southard) 1003.
Enzephalozele (Kato) 757 — (Payan und Mattei) 781 — Operation einer angeborenen (Viannay) 277.
Enzym, Einwirkung kolloidaler Substanzen auf die Hemmung der Enzymwirkungen (Jahnson-Blohm) 660.
Eosinophile Leukozyten im Blut (Zivkovic) 238.
Eosinophilie und exsudative Diathese **(Kroll-Lifschütz)** 603 — als Konstitutionszeichen (Stheeman) 632 — in Beziehung zum Ekzem und exsudativer Diathese (Brandstetter) 969.
Epidermis, Zyste (Amaudrut) 748 — Zysten bei kongenitalem Pemphigus (Balzer und Landesmann) 744 — (Heulz) 637.
Epigastrischer Schmerz bei Appendizitis (Solceri-Forli) 101.
Epignathus, teratoider des Oberkiefers (Zils) 1020.
Epilepsie (Camp) 269 — (Harbitz 440 — (Jones) 916 — (Lloyd) 738 — (Mackintosh) 229 — (Weeks) 272 — (Winkler und van West) 740..
Epilepsie, späte (Petit) 805.
Epilepsie, genuine (Binswanger) 804 — (Redlich) 805 — (Redlich und Binswanger) 185.
Epilepsie, Entstehungsbedingungen der genuinen (Heilig und Steiner) 804.

Epilepsie, Pathogenese (Dellepiane) 737.
Epilepsie als klinischer Krankheitsbegriff (Weber) 805.
Epilepsie, Genese und Behandlung (de Fleury) 804 — Ätiologie und Therapie (Tsiminakis und Zografides) 805 — Natur und Behandlung (Alexander) 487.
Epilepsie, Diagnose und Therapie (Cruchet und Dubourg) 1002 — Frühdiagnose und Behandlung (Buzzard) 804.
Epilepsie, Blutuntersuchungen (Gorrieri) 737.
Epilepsie, differentialdiagnostische Abgrenzung der Krampfformen (Jödicke) 594.
Epilepsie, Prognose (Zappert) 805
Epilepsie, Dementia (Haushalter) 737 — Demenzzustände (Perrin) 1003.
Epilepsie, antisoziale Handlungen epileptischer Kinder (Raecke) 1004.
Epilepsie, paralytische Äquivalente (Neurath) 97.
Epilepsie, pseudobulbärer Symptomenkomplex (Zappert) 544.
Epilepsie, mit Herderscheinungen (Stransky) 805.
Epilepsie mit doppelseitigem Babinskischem Phänomen (Roubinovitch und Barbé) 739.
Epilepsie und Konvulsionen (Marchand) 271.
Epilepsie, psychaleptische Krämpfe (v. Pfaundler) 133.
Epilepsie und Spasmophilie (Graetz) 1002.
Epilepsie und Linkshändigkeit (Redlich) 805.
Epilepsie bei zerebraler Kinderlähmung (Clark und Sharp) 1002.
Epilepsie bei Enzephalitis (Krumbholz) 1003.
Epilepsie, postepileptische Albuminurie (Allers) 804.
Epilepsie, Beziehungen zur Syphilis (Kellner) 986.
Epilepsie, Heilbarkeit (Clarke) 804.
Epilepsie, Behandlung (Junaschke) 519 — interne Behandlung (Dercum) 804 — (Shanahan) 805.
Epilepsie, salzarme Kost (Steffen) 475 — Behandlung bei salzarmer Kost (Ulrich) 320.
Epilepsie, Behandlung mit Zebromal (Jödicke) 320.
Epilepsie, Brombehandlung (Ammann) 229.
Epilepsie, Behandlung mit Borsäure (Devaux) 804.
Epilepsie, Einfluß des Milieuwechsels (Maier) 271.
Epilepsie, Balkenstich (Anton) 804, 832.
Epilepsie, atmosphärischer Einfluß (Marie und Nachmann) 804.
Epinephrininjektionen, subdurale bei experimenteller Poliomyelitis (Clark) 634.
Epiphysenlösung, traumatische (Desmarest) 750 — (Rocher) 752 — am Humerus (Kirmisson) 751 — symmetrische der Vorderarmknochen infolge hereditärer Lues (Rocher) 650.
Epiphysitis, akute (Kennedy) 491, 751 — (Sinclair und Pancoast) 268.
Epiphysitis, syphilitische (Fitzwilliams) 164.
Epiphysitis tibiae dissecans (Ebbinghaus) 856.
Epispadie (Stettiner) 759.
Epistaxis, wiederholte (Triboulet, Albert-Weil und Paraf) 273 — mechanisches Mittel zur Bekämpfung (Rietschel) 308.
Epithelien der Niere (Phelip und Salin) 1015.
Epithelkeime, abgesprengte in der Haut (Firket) 273.
Epityphlitis bei Scharlach (Meyer) 425, 641.
Erblichkeit kongenitaler Erkrankungen (Aimes) 955.
Erbrechen eines durchbrochenen Eiterherdes (Maillet und Aime) 751 — Physiologie und Chemie der Magenverdauung (Eastman) 241 — Behandlung (Sébilleau) 265, 620 — medikamentöse Behandlung (Rosenhaupt) 620.
Erbrechen, periodisches (Korybut-Daszkiewicz) 174.
Erbrechen, periodisches, mit Azetonämie (Bondy) 174 — azetonämisches und Nebennieren (Terrien) 263 — azetonämisches und Enzephalitis acuta Babonneix und Blechmann) 615.
Erbrechen, rezidivierendes (Mercer) 618, 885.
Erbrechen, unstillbares (Dufour) 960 — (Lepage und Tiffeneau) 618 — Anwendung überzuckerter Milch (Variot) 621 — Einfluß kondensierter, gezuckerter

Milch (Variot, Lavialle und Rousselot) 247 — Wirkungen des hohen Zuckergehaltes der Milch (Silvestre) 620.
Erbrechen, zyklisches (Ashby) 959.
Erbrechen bei Unterernährung (Camhi) 241.
Erbrechen, nervöses (Rosenhaupt) 492 — bei Krankheiten des Nervensystems (Silvestre) 739, 962 — Behandlung des nervösen (Rosenhaupt) 332.
Erbsche Schulterarmlähmung (Luftmann) 968.
Erdsalze in ihrer Bedeutung für die Zahnkaries (Walkhoff) 711.
Erholungsheim (Schutte) 763.
Erkältungen, Gefahr der gewöhnlichen (Southworth) 238.
Ermüdbarkeit (Lesage und Collin) 359.
Ermüdung, krankhafte (Hennes) 815 — Messung (Konrich) 815 — Resistenz (Lesage und Collin) 271.
Ernährung (Asseson) 615 — (Barrier) 615 — (Benedict) 615 — (Cowie) 241 — (Grinnan) 617 — (Crookshank) 241, 363 — (Eaton) 199, 241 — (Feer) 616 — (Finch) 616 — (Fischer) 242 — (Graening) 242 — (Halberstadt) 960 — (Haler) 618 — (Hand) 617 — (Hasler) 961 — (Johnson) 242 — (Kühl) 7 (Laurie) 961 — (Love) 618 — (Maramaldi) 243 — (Nobécourt) 137 — (Ordway) 619 — (Ostheimer) 243 — (Rulison) 962 — (Schloß) 314 — (Schultz) 620 — (Sill) 620 — (Stewart) 962— (Tugendreich) 244 — (Tuley) 962 — (Tweedy) 244 — (Zanetti) 16.
Ernährung, natürliche (Friedmann) 960 — (Pritchard) 244 — mit Frauenmilch (Ritter) 534 — natürliche (Sedgwick) 244 — natürliche, kranker Kinder (Langstein und Hoerder) 7.
Ernährung, natürliche und künstliche (Eminet) 4.
Ernährung, Allaitement mixte (Clanahan) 616 — Abstillen (Moussous und Leuret) 619.
Ernährung, künstliche (Howland) 618 — (Knight) 961 — (Philippson) 961 — (Scott) 620 — (Smith) 962.
Ernährung im späteren Säuglingsalter (Jerrington) 621.
Ernährung mit konservierter Frauenmilch (Mayerhofer und Pribram) 314 — mit konservierter Ammenmilch (Peiser) 314.
Ernährung mit Friedenthalscher Milch (Bahrdt) 514.
Ernährung mit unverdünnter Kuhmilch (Hanbigde) 960.
Ernährung mit erhitzter und überhitzter Milch (Coit) 366, 616.
Ernährung mit Trockenmilch (Bonnamour) 615.
Ernährung mit Buttermilch (de Lange) 568.
Ernährung mit Fermentmilch (Cacace) 615.
Ernährung mit Eiweißmilch (Beck) 2 — (Benfey) 2 — (Näf) 569, 619 — (Nobécourt und Schreiber) 619 — (Ribadeau-Dumas) 619 — mit Eiweißrahmmilch (Feer) 616 — Ersatz der Eiweißmilch (Engel) 569.
Ernährung mit kaseinangereicherter Kuhmilch (Heim und John) 314.
Ernährung, Molketherapie bei ruhrartigen Darmkatarrhen (Frank) 413.
Ernährung, Dextrine und Maltose (Southworth) 74.
Ernährung, Qualität der Rohmaterialien (Coit) 241.
Ernährung, Einteilung der gastrointestinalen Erkrankungen (Abt) 615.
Ernährung, Bostoner Ansichten und Lehrsätze (Morse) 619.
Ernährung, graphische Nährtafel (Smith) 244 — Tafel zur Bestimmung von Wachstum und Ernährungszustand (v. Pirquet) 619.
Ernährung, moderne Säuglingsdiätetik und die Praxis **(Halberstadt) 483.**
Ernährung bei Cholera infantum (Hamaide und Nigay) 617.
Ernährung bei schweren Gewichtsverlusten (Stolte) 12.
Ernährung, Trockenregime bei Gastroenteritis (Gallois) 617.
Ernährung, Unterernährung in der ersten Lebenszeit (v. Reuss) 10, 73.
Ernährung, alimentäre Vergiftung (Meyer) 199 — alimentäre

Vergiftung unter dem Bilde zerebraler Herdaffektion (Meyer) 619 — alimentäre Intoxikation in Beziehung zum sympathischen Nervensystem (Hirschfeld) 570.
Ernährung und Infektion (Meyer) 610 — (Thomas und Hornemann) 515 — im Säuglingsalter (Langstein) 618.
Ernährung, intestinale Infektion (Atkinson) 959 — (de Ballard) 959.
Ernährung und Antikörperbildung **(Kleinschmidt) 423,** 882, 961.
Ernährung, Abhängigkeit der natürlichen Immunität (Czerny) 960.
Ernährung, Einfluß auf das Wachstum (Hopkins und Neville) 961.
Ernährung, Einfluß auf die körperliche Entwicklung (Hillenberg) 242.
Ernährung, Einfluß künstlicher auf biologische Eigenschaften (Ossinin) 9, 75, 243.
Ernährung, Beziehungen zu Verlauf, Blutbefund und Nephritis **(Gerstley) 121.**
Ernährung, Einfluß psychischer Vorgänge auf den Ernährungserfolg **(Birk) 1,** 959.
Ernährung, Stoffwechsel bei rektaler (Mutch und Ryffel) 248.
Ernährung, Bedeutung der Salze der Frauenmilch (Friedenthal) 4.
Ernährung, Calcium lacticum bei Ernährungsstörungen (Aschenheim) 569.
Ernährung, Behandlung von Krämpfen (Grulee) 617.
Ernährung, Behandlung akuter Störungen (Peiser) 9, 314.
Ernährung, hyperämische Erscheinungen am Verdauungstraktus im Verlaufe toxischer Infektionen (Triboulet) 620.
Ernährung, schwere Verdauungsinsuffizienz jenseits des Säuglingsalters (Wieland) 962.
Ernährung der Findlinge durch Ammen (Lee) 618.
Ernährung und Ernährungstherapie (Döbeli) 960.
Ernährung und Zähne (Küsel) 364.
Ernährung, Technik (Engel) 659 — Technik bei frühgeborenen Säuglingen (Rott) 73 — lange Intervalle (Litzenberg) 243 — Nahrungsmenge beim Brustkind (Marfan) 243.
Ernährung, häufige Fehler (Coolidge) 960 — Verwendung und Mißbrauch bestimmter Nahrungsmittel (Cameron) 960.
Ernährung und Stuhluntersuchung (Talbot) 620 — (Torian) 620.
Ernährung, bakteriologische Untersuchungen bei darmkranken Säuglingen (Gildemeister und Baerthlein) 475, 613 — bakteriologische Studien bei den akuten Darmerkrankungen (Veeder, Berden, Kilduffe und Denny) 621.
Ernährung während der Schwangerschaft (Lemeland und Vaudescal) 961 — (Hauch, Lemeland und Vaudescal) 572.
Ernährung bei Scharlach (Brückner) 291, 376, 615 — (Gerstley) 974 — (Großmann) 291.
Ernährung bei Typhus (Crohn) 302 — (Kerley) 302.
Ernährung, milchlose Kost bei Spasmophilie (Raabe) 314.
Ernährung, salzarme Kost bei Epilepsie (Ulrich) 320.
Ernährung tierischer Säuglinge mit arteigener und artfremder Milch (Schrape) 244.
Ernährungsstörungen (Carter) 616 — (Gregory) 242 — (Holmes) 618 — (Mumford) 961 — (Salter) 620 — (Troitzky) 884.
Ernährungsstörungen bei Brustkindern (Cartwright) 616 — beim Säugling (Dunn) 616 — des Säuglings (Finkelstein) 616 — beim Säugling (Gegenbach) 617.
Ernährungsstörungen, akute in der kühlen Jahreszeit (Scheltema) 701.
Ernährungsstörungen, Pathogenese (Huldschinsky) 205.
Ernährungsstörung, Behandlung mit Sauerstoff (Schmidt) 201.
Ernährungsstörungen, bakteriologische Untersuchungen (Gildemeister und Baerthlein) 960 — Bakteriotherapie (Mallie) 200.
Ernährungsstörungen, Körperzusammensetzung (Klose) 537.

Ernährungsstörungen der Brustkinder und Konstitution (Friedjung) 323, 617.
Ernährungsstörungen, akute Infektion (Butler) 241.
Ernährungsstörungen durch kongenitale Darmanomalien (Hustin-Houyoux) 242.
Ernährungsstörungen und Ekzem (Towle und Talbot) 211.
Ernährungsstörung in Form des Tangerfiebers (Steiner) 200.
Erysipel beim Neugeborenen (Lesné und Françon) 254 — (Rouvier) 644.
Erysipel mit Streptokokkenempyem (Hyamanson) 253.
Erysipel, Verhalten der Leber (Hildebrandt) 95.
Erysipel, Vakzinebehandlung (Sill) 645.
Erysipel und Psychose (Lang) 738.
Erythem nach Darmkatarrh (Unwin und Eddowes) 212.
Erythem, erosives (Variot) 273.
Erythema nodosum (Gosse) 1007 — (Hope) 874 — (Moro) 495 — (Savolin) 605.
Erythema nodosum tuberkulösen Ursprungs (Alamartine) 650 — und Tuberkulose (Moro) 875.
Erythem, luesähnliches (v. Pirquet) 697, 745.
Erytheme von Scharlach und Röteln (Hubbard) 637.
Erythrodermia desquamativa (Fragale) 874 — (Mackenna) 273 — (de Vaurigaud) 746.
Erythrodermia congenitalis ichthyosiformis (Galewsky) 745.
Erziehung (Clarke) 1001.
Erziehung, Willensanstrengung in der geistigen Erziehung (Conta-Kernbach) 736.
Erziehung Geistesschwacher (Kirmsse) 741.
Erziehung, religiöse nach badischem Recht (Keller) 464.
Erziehung der Jugend in den sechs ersten Lebensjahren (Comenius) 465.
Essen, Unlust (Neter) 1001.
Essen, Sterblichkeit (Lübbering) 283.
Essigsaure Tonerde, Nekrose an der Hand (Esau) 322.
Eugenie (Drake) 281 — (Harvey) 282.
Eukalyptusbehandlung bei Scharlach (Körber) 291 — bei Scharlach und Masern (Elgart) 973 — (Kretschmer) 291.
Eunuchoidismus (Tandler und Grosz) 1020.
Euter, Bakterienflora (Harding und Wilson) 660 — Bakteriengehalt (Harrison und Savage) 963 — Milch euterkranker Kühe (Ulmann) 12 — Aktinomykosis (Patterson) 9.
Euterentzündung, normale Milch (Amberger) 2.
Exanthem (Bunch) 212 — vakzinale Allergie **(Netter) 552.**
Exanthem, infektiöses (Tugendreich) 692.
Exanthem, Homoiomorphismus bei akuten Exanthemen (Galatti) 477.
Exantheme (Britt) 971.
Exkubationszeit, Schwierigkeiten (Wickmann) 298.
Exophthalmus bei Barlowscher Krankheit (de Buys) 741.
Exostose, multiple (Acquaderni) 274 — (Curtillet) 275 — (Delfino) 1011 — (Gardette) 1012 — (Mautner) 276, 326 — osteogene (Rocher 752.
Exsikkation bei Intoxikation (Heim) 75 — und Wärmestauung (Heim) 242.
Exsudative Diathese(Sittler)180.
Exsudative Diathese, Harnsäureausscheidung (Kern) 631, 843.
Exsudative Diathese, Beteiligung der Schleimhaut des Urogenitalapparates (Beck) 873.
Exsudative Diathese, Behandlung der Ekzeme (Bantlin) 631.
Exsudative Diathese und Vagotonie **(Krasnogorski) 129,** 874, 970.
Exsudative Diathese, Hautreaktion (Rachmilewitsch) 249, 417.
Exsudative Diathese und Eosinophilie **(Kroll-Lifschütz) 603.** — in Beziehung zur Eosinophilie (Brandsteller) 969.
Exsudative Diathese und Akroasphyxie (Gismondi) 249.
Extractum filicis maris (Reika) 154.

Fabrikstillraum (Baum) 280.
Facies adenoidalis (Abrand) 991.
Fäzes (Jones) 965.
Fäces, grüne Stühle beim Brustkind (Floquet) 242.

Fäces, Untersuchung bei Diarrhöe (Remy) 244.
Fäces, Bestimmung des Diastasegehaltes (Rotky) 966 — zuckerspaltende Fermente (Coerper) 624.
Fäces, Pankreasfermente (Koplik und Crohn) 247.
Fäces, chemische Reaktion (Binda) 965.
Fäces, Ausscheidung der wichtigsten organischen und anorganischen Nahrungsbestandteile (Takeno) 572.
Fäces, Bestimmung des Gesamtfettgehaltes (Cowie und Hubbard) 965.
Fäces, Kaseingerinnsel (Courtney) 3 — Kaseinbröckel in den Fäzes (Hess) 660, 888, 965.
Fäces, stickstoffhaltige Verbindungen bei Infantilismus (Crudden und Fales) 247, 416.
Fäces, übermäßige Kalkausscheidung bei Infantilismus (Crudden und Tales) 247, 416.
Fäces, Mineralverluste bei Athrepsie (Marfan, Dorlencourt und Saint-Girons) 966.
Fäces, Untersuchung auf Parasiteneier (Wolff) 967.
Fäces, Streptokokken (Puppel) 10.
Fäces und Ernährung (Talbot) 620 — (Torian) 620.
Fäces, Beurteilung der Säuglingsfäzes (Judd) 617 — semiotische Bedeutung pathologischer Befunde (Robbins) 627, 966.
Färbemethode (Thomas) 688.
Farben, Sättigungsreizschwelle (Jones) 816.
Fäulnisgase, Wirkung auf das Milchsäureferment (Trillat) 12.
Favus des Kopfes (Finkelstein) 694 — bei Neugeborenen (Géber) 745.
Fazialis, komplette periphere Lähmung (Rosenberg) 695, 739 — postdiphtherische Lähmung (Wolff) 258, 426 — angeborener Hemispasmus (Lesage und Gauchery) 439.
Fazialis und Parotitis (Gregoire) 770.
Fazialisphänomen (Neumann) 227 — (Raudnitz) 510 — und Stottern (Fremel) 1002.
Febris herpetica (Schottmüller) 190.
Femur, traumatische Epiphysenlösung (Desmarest) 750 — Brüche und Epiphysenlösungen (Kirmisson) 754.
Femur, Knochenzyste (Engelmann) 750.
Femur, Osteomyelitis (Kirmisson) 751.
Femur, Coxa vara infolge Karies des Schenkelhalses (Engelmann) 753.
Femur, Fraktur (Facchin) 1011 — (Hendon) 1013 — (Souligoux) 1015.
Femur, Frakturen der Diaphyse (Lance) 1013.
Femur, Schenkelhalsfraktur (Worms und Hamant) 753 — Schenkelhalsbrüche im Wachstumsalter (Dencks) 750 — Sarkom Corner) 1011.
Femur, gutartiges, zentrales Sarkom (Engelmann) 699.
Femur, kongenitale Mißbildung (Cassel) 278.
Femur, kongenitales Fehlen (Prudhomme) 1019 — Defekt (Thomas) 1020.
Ferienkurhaus (Schutte) 763.
Ferienversicherung (Steinhardt) 285.
Fermente, Durchtritt durch die Plazenta (Wohlgemuth) 238.
Ferment bei Magenkrankheiten (Rütimeyer) 11.
Fermente des Pankreas (Hess) 206, 728 — (Mellanby und Woolley) 626 — Pankreasfermente und Pylorospasmus (Hess) 206 — Pankreasfermente in den Fäces (Koplik und Crohn) 247 — Pankreasfermente bei alimentärer Intoxikation (Hess) 626.
Ferment, peptidspaltendes in Frauenmilch (Warfield) 13.
Ferment, salolspaltendes in der Frauenmilch (Usener) 12. 205.
Ferment, zuckerspaltende Fermente in den Fäces (Coerper) 624.
Ferment, Milchsäureferment (Effront) 4 — trockenes Milchsäureferment (Carrion und Sorel) 3 — Einfluß der Fäulnisgase auf das Milchsäureferment (Trillat) 12.
Ferment, pflanzliches Labferment (Castex) 206.
Fermente, Immunisierung mit proteolytischen Spaltprodukten der Pneumokokken (Jobling und Strouse) 363.

Fermente der Milchdrüsen und der Milch (Grimmer) 622, 963 — Einfluß von Krankheiten auf den Fermentgehalt der Kuhmilch (Vollrath) 12 — in steriler Milch (Harden und Lane-Claypon) 5 — in der Milch euterkranker Kühe (Ulmann) 12.
Ferment, lipolytisches Milchferment (Davidsohn) 622, 658.
Ferment, Fermentnatur der Milchperoxydase (Grimmer) 659.
Fermentmilch (Cacace) 615.
Fett, Stoffwechsel (Gessner) 625 — Stoffwechsel bei kongenitalem Fehlen der Gallengänge (Koplik und Crohn) 247, 368. — Einfluß von Fettzulagen auf den Stoffwechsel (Giffhorn) 947 — Resorption (Neumann) 966.
Fett, Bedarf des Brustkindes (Zanetti) 663.
Fett, Bedeutung ausreichender Fettzufuhr (Stolte) 473.
Fett, Störungen bei fettreicher Nahrung (Johnson) 618 — Störung der Verdauung (Mumford) 966.
Fett in der Leber bei atrophischen Säuglingen und bei Inanition **(Hayashi) 221,** 965.
Fett, partielle Fettatrophie (Feer) 616.
Fett, Bestimmung des Gesamtfettgehaltes der Fäces (Cowie und Hubbard) 965.
Fett der Frauenmilch (Arnold) 2 — (Merkel) 8 — (Plauchaud und Ronda) 10.
Fett des Kolostrums (Burr, Berberich und Berg) 658.
Fett, Zusammensetzung des Butterfettes (Siegfeld) 11.
Fett, Bestimmung in Milch (Rammstedt) 10 — Bestimmung nach Röse-Gottlieb (Bremer und Greifenhagen) 245 — Gottlieb-Rösesche Bestimmung in Milch (Rupp und Müller) 10 — Bestimmungen nach dem volumetrischen Verfahren und der Gewichtsanalyse (Wendler) 624.
Fett, Ursprung des Milchfettes (Foa) 4.
Fett, Hüllen der Milchfettkörperchen (Brendenberg) 2.
Fett, Veränderungen der Kuhmilch (Caillaux) 3.
Fett, Gehalt der Hannoverschen Marktmilch (Heuer) 6.
Fett, Wechselbeziehungen zwischen Verseifungszahl, Jodzahl und Refraktometerzahl (Richter) 662.
Fett, Einfluß des Lichtes (Wagner, Walker und Östermann) 663.
Fettsäure, flüchtige im Mageninhalt (Huldschinsky) 6, 205.
Fettsäure, Refraktion der nicht flüchtigen Butter (van Raalte und Lichtenbelt) 10.
Fettsäure, Wirkung auf Ausscheidung von Stickstoff, Asche und Kalk (Bahrdt und Bamberg) 80.
Fettsäuren der Butter (Smedley) 11.
Fibrin, Wirkung von Sublimat, Jod und Wasserstoffsuperoxyd (Gerber) 963.
Fibroangiom, Radiumbehandlung (Jacob) 441.
Fibrom des Uterus, Radiotherapie (Chéron) 275.
Fibrose der Lunge (Miller) 260 — (Neave) 721.
Fibula, partieller Defekt (Klar) 114 — bilateraler kongenitaler Defekt (Saxenberger) 759 — angeborenes Fehlen (Tecqmenne) 760.
Fibula, Pseudoarthrose (Broca) 753.
Fieber, Pathogenese (Friedberger und Ito) 70 — (Friedberger und Tetsuta) 610.
Fieber, Theorie und Behandlung (Meyer) 610 — Wesen und Behandlung (Krehl) 610 — Klinik des Infektionsfiebers (Menzer) 610.
Fieber beim Neugeborenen (Cauthley) 196, 248.
Fieber, unerklärtes (Jenkins) 610 — unklaren Ursprungs (Lapage) 197, 238.
Fieber, Ursache des chronischen (Philipps) 957.
Fieber, hochfebrile Krankheitszustände (Pisek) 956.
Fieber, anaphylaktisches (Friedberger) 614 — (Leschke) 614 — (Schittenhelm) 614.
Fieber, alimentäres (Figueira und Lopes) 247, 368 — alimentäres bei Säuglingen (Clopatt) 606.
Fieber, Zuckerfieber (Helferich) 625 — (Kleinschmidt) 331.
Fieber, Kochsalzfieber **(Jörgensen) 386,** 841, 965 — Salzfieber (Heim) 625.

Fieber, Infekt und Nervensystem (Citron und Leschke) 610.
Fieber bei gemästeten tuberkulösen Kindern (Michalowicz) 654.
Fieber, Eiweiß im Stoffwechsel des fiebernden Menschen (Grafe) 573.
Fieber, ungewöhnlicher Fieberverlauf bei kruppöser Pneumonie (Amstel) 588.
Fieber, rekurrierendes und malignes Granulom (Schick) 230.
Fieberhafte Erkrankungen in einem Knabeninstitut in Edinburgh (M'Neil und M'Gowan) 374.
Filmaron (Reika) 154.
Filmaronöl zur Bandwurmkur (Mendelsohn) 315.
Findelhaus (Ruland) 1024.
Findlinge, Ernährung durch Ammen (Lee) 618 — Fürsorge (Lee) 1023.
Flagellatenruhr (Mello-Leitao) 382, 976.
Flaschenhalter (Soper) 962.
Flatuleszenz und Kolik (Still) 244.
Fleckfieber (Molodenkoff) 156, 255.
Flecktyphus (Arzt und Kerl) 852 — (Besboka) 901 — (Potpeschnigg) 852.
Fletchern (v. Borosini) 713.
Fliegen, Beherbergung von Bakterien (Torrey) 412.
Fliegenlarven in Milch (Fettick) 659.
Folliculin (Boas) 198.
Fondation Budin (Lecucq) 1023.
Fontanelle, Spaltknochen (Meyer) 279.
Formalin, Ausscheidung nach Einnahme von Hexamethylenamin (Talbot und Sisson) 563.
Formamint, Behandlung des Mumps (Burchard) 900.
Förstersche Hinterwurzeldurchschneidung (Higier) 833.
Fötus, Gewicht in Beziehung zum Gewicht der Plazenta (Laurent) 967.
Fötus, Veränderungen von Gewicht und Länge (Bedu) 248.
Fötus, Wachstum (Lévy, Magnan und Sellet) 967 — Schädelwachstum (Thoma) 967.
Fötus, Entwicklung des Atemrhythmus (Dedek) 967.
Fötus, Struktur der Basalmembran der Bronchien (de Kervily) 967.
Fötus, Abhängigkeit der Nierenlage von dem Dickdarmgekröse (Jazuta) 967.
Fötus, Darm und Peritoneum (Reid) 967.
Fötus, Wachstum des menschlichen Rückenmarks (Miller) 967.
Fötus, serologische Unterschiede zwischen mütterlichem und fötalem Blutserum (Gozony) 882.
Fötus, Beziehungen zwischen Fötus und Mutter (Grillo) 628.
Fötus, Übergang von Antikörpern auf die Frucht (Kretschmann) 628 — Antikörperübertragung von Mutter auf Kind (Wegelius) 13.
Fötus, Übergang der Eiweißverdauungsprodukte von der Mutter auf den Fötus (Buglia) 610, 967.
Fötus, Übergang des Kohlenoxyds von der Mutter (Nicloux) 238, 358, 967.
Fötus, Übergang des Strychnins vom Muttertier auf den Fötus (Sirigu) 628.
Fötus, Funktion der Nebennieren (Cevidalli) 197, 238.
Fötus, in Beziehung zur experimentellen Milchauslösung (Basch) 245, 473.
Fötus, toxische Wirkung des menschlichen Blutserums (Bankowski und Symanowski) 609.
Fötus, Bedeutung der inneren Sekretion (Parhon) 993.
Fötus, Reflexe (Krabke) 770.
Fötus, Gallenfarbstoff (Ylppö) 517.
Fötus, Schilddrüse (Fenger) 993.
Fötus, Einfluß von Morphium (Reiche) 10.
Fötus, Gebrauch von Sauerstoff (Shears) 967.
Fötus, Übertragung der Tuberkulose von der Mutter auf den Fötus (Dufour und Thiers) 652.
Fötus, Zeitpunkt der luetischen Infektion (Trinchese) 650 — Syphilis der fötalen Wirbelsäule (Alexander) 250, 647.
Fötus, generalisiertes Ödem (Sauvage) 967 — allgemeine Wassersucht (Rautmann) 720.
Fötus, Zervikaldrüsen im Uterus (Spencer) 262.
Fötus, Teratom der Schilddrüse (Russell und Kennedy) 727.
Fötus, Zephalozele (Duckwerth) 756.

Fötus, Schlußspalte (Wolff) 753.
Fötus, extrachoriale Fruchtentwicklung (Linzenmeyer und Brandes) 758.
Fötus, schwere Geburt infolge fötaler Aszites (Luker) 967.
Fötus, Tod des Fötus (Boissard) 627.
Fötus, Leichenblut (Sabrazès, Lande und Muratet) 1021.
Fragilitas ossium (Coues) 268.
Fraktur, Stauungsbrüche (Iselin) 751.
Fraktur, intrauterine (Broca, Francais und Bize) 1011 — (Smith) 1015.
Fraktur, unvollständige und subperiostale (Broca) 750.
Frakturen der langen Knochen (Sampson) 277, 443.
Fraktur des Femur (Facchin) 1011 — (Hendon) 1013.
Fraktur des Femur (Souligoux) 1015 — des Femur bei Knochenatrophie und Kniegelenkskontraktur (Hagemann) 232.
Fraktur des Ellbogens (Silhol) 1015.
Fraktur am unteren Ende des Radius (Petroff) 752.
Fraktur des Handgelenkes (Rocher) 752.
Frambösie, Lokalbehandlung (Castelli) 218.
Frankfurter Verband für Säuglingsfürsorge (Rosenhaupt) 283.
Frauenmilch (Caillaux) 3.
Frauenmilch, konservierte (Mayerhofer und Pribram) 8 — (Peiser) 199.
Frauenmilch, Wirkung der mechanischen Erschütterung **(Engel) 559,** 147.
Frauenmilch, Einfluß des Kochens (Grosser) 622.
Frauenmilch, peptidspaltendes Ferment (Warfield) 13 — salolspaltendes Ferment (Usener) 12, 205.
Frauenmilch, Hämagglutinine (v. Zubrzycki und Wolfgruber) 146.
Frauenmilch, Chemie (Nothmann) 9 — chemische Zusammensetzung (Schloß) 11.
Frauenmilch, chemische Zusammensetzung der Milch milchreicher Frauen (Bamberg) 621.
Frauenmilch, Fett (Arnold) 2 — (Merkel) 8 — (Plauchaud und Ronda) 10.
Frauenmilch, Milchzucker (Lust) 8.
Frauenmilch, Milchzucker (Lust) 8 — Bestimmung des Milchzuckers (Denigès) 4.
Frauenmilch, Bedeutung der Salze (Friedenthal) 4.
Frauenmilch, Ausscheidung von Urotropin (Rieder) 10.
Frauenmilch, Ausscheidung von Salvarsan (Caffarena) 239.
Freiluftschulen (Grayson) 766 — (Roach) 1025.
Freiluftschule in Cleveland (Placak) 285 — in London (Williamson) 767..
Freiluftbehandlung (Shaw) 240 — in Schulen und Hospitälern (Brannan) 612.
Fremdkörper in Trachea und Bronchien (Savariaud und Zaepffel) 260 — der Harnblase (Abels) 267. — im Verdauungs- und Respirationstrakt (Hirsch) 751.
Friedenau, Fürsorgestelle (Schaps) 284.
Friedenthalsche Milch (Bahrdt) 514.
Friedlaender-Sepsis mit Nebennierenblutungen bei hereditärer Syphilis (Conradi) 251, 418.
Friedreichsche Ataxie (Babonneix und Roederer) 269 — (Debrochotow) 792 — (Lambrior) 1003 — (Ruggieri) 1004 — (Schob) 1004.
Fruchtkerne, verschluckte (Borggreve) 750.
Frühgeburten von 800 g (Heller) 689.
Frühgeburt, prolongierte Hypotrophie (Peignaux) 969.
Frühgeburt, Lebensfähigkeit (Leclerq und Paquet) 249.
Frühgeborne, Lebensaussichten (Bakker) 969.
Frühgeburt, Schicksal (Gramouzaud-Donnarieix) 248.
Frühgeborne, Schicksal (Détré) 630 — Weiterentwicklung frühgeborner Kinder (Wall) 631.
Frühgeburt, Mortinatalität und Vitalität (Francillon) 248.
Frühgeburt und Säuglingssterblichkeit (Carlini) 969.
Frühgeburt, Reifezeichen (Lutz) 969.
Frühgeborne, zentrale Temperatur (Apert) 237.

Frühgeburt, Pflege und Ernährung (Nothmann) 969.
Frühgeborne, lange Pausen bei der Ernährung (Litzenberg) 630 — Ernährungstechnik (Rott) 73.
Frühgeborene, spasmophile Diathese (Rosenstern) 630.
Frühgeborene, Wachstumshemmung bei Tuberkulose (Armand) 240, 651.
Fürsorge 764 — 1024 — (Deutsch 1022 — (Fitch) 281 — (Guillaumet) 1022 — (Jacobi) 282 — (Keilmann) 1023 — (Lohmann) 762 — (Neumann) 283 — (Reinach) 927 — (Rott) 1023 — (de Sagher) 1024 — (Salge) 1024 — (Schloßmann) 609 — (Trumpp) 763 — (Variot) 1024 — (Wahrendorf) 764.
Fürsorge für Säuglinge und junge Kinder (Herbert) 955.
Fürsorge, persönlicher Faktor (v. Arlt) 1021.
Fürsorge, ärztliche Aufsicht (Forsyth) 1022 — Beziehungen des Arztes (Coit) 281.
Fürsorge für eheliche Säuglinge (Hanssen) 1022.
Fürsorge für Arbeiterinnenkinder (Felhoen) 761.
Fürsorge auf dem Lande (Baum) 280 — (Theimer) 763 — und Leutenot auf dem Lande (Deckert) 281.
Fürsorge in großen Städten (Marfan) 762.
Fürsorge im Hospital (Nageotte-Wilbouchevitch) 1025 — (Weiß) 499, 1025 — in Gebäranstalten (Jaschke) 282.
Fürsorge, freie Kurse über Säuglings- und Kinderpflege (Raudnitz) 1023.
Fürsorge und Mädchenerziehung (Koebner) 1023.
Fürsorge, praktische Einrichtung (v. Baltz) 1021.
Fürsorge, offene (Schiller) 284.
Fürsorge in Brasilien (Moncorvo) 763 — im Deutschen Reiche (Hoffa) 762 — in Frankreich (Py) 763 — in den Niederlanden (Sommer) 645 — in Österreich (Lateiner-Meyerhofer) 762 — Tätigkeit des bayrischen Frauenvereins vom Roten Kreuz (von Müller) 763 — in Elsaß-Lothringen (Würtz) 284 — in der Rheinprovinz (Zur Nieden) 283.
Fürsorge in Berlin (Proskauer) 283 — in Bremen (Hoffa) 1022.
Fürsorgestellen in Budapest (Deutsch) 281.
Fürsorge in Düsseldorf 1024.
Fürsorgestelle in Friedenau (Schaps) 284.
Fürsorge in Hamm (Ascher) 1021 — in Hannover und Linden 1024 — in Lübeck (Joel) 1023 — in Moskau (Grauermann und Saitzeff) 282 — in New York (van Ingen) 1022 — in New York (Lederle) 1023 — im Stadt- und Landkreise Saarbrücken (Engels) 281 — in Toulouse (Louis) 1023 — im Kreise Wanzleben (Burmeister) 281 — im Landkreise Zeitz (Hillenberg) 282 — für Kinder auf Rheinschiffen (Kolff) 282.
Fürsorge, Landeszentralen für Säuglingsschutz (Pistor) 186.
Fürsorge und Kinderheilkunde (Cooley) 281.
Fürsorge und Geburtenzahl (Grassl) 282.
Fürsorge und Säuglingstuberkulose (Schoedel) 717.
Fürsorgeerziehung und psychopathische Konstitution (Ziehen) 1001. — und Heilpädagogik (Huemer) 547.
Fürsorgestellen (Müller) 283 — (Taube) 284.
Fürsorgetätigkeit des beamteten Arztes (Dörfler) 1022.
Fürsorgezöglinge, psychopathische (Müller) 824 — psychiatrische Untersuchung (Hinrichs) 818 — (Siefert) 137.
Furunkolose beim Neugeborenen (Pallesen) 642 — Autovakzination der Säuglingsfurunkulose (Harriehausen) 599, 745.
Fuß, Deformität (Natzler) 278.
Fuß, Muskellähmung (Ducroquet) 737.
Fuß, schwache Füße (Horwitz) 1000.
Fuß, Erkrankungen bei Schulkindern (Muskat) 1025.
Fuß, Einfluß kalter Füße auf die Geistestätigkeit (Brandau) 765.
Fuß, angeborenes Myxom beider Füße (Leitao) 758.

Galaktose, bei direkter Einführung in den Pfortaderkreislauf (Wörner) 967.
Galaktosurie, alimentäre (Retzlaff) 966 — alimentäre bei ex-

perimenteller Phosphorvergiftung (Roubitschek) 627.
Galaktoxalie (Brandeis und Quintrie) 959.
Galle, Askariden in den Gallenwegen (Lenormant) 731.
Galle, große kongenitale sanduhrförmige (Toida) 731.
Galle, kongenitale Atresie der Gallenwege (Böhme) 996 — (Vanzetti) 731.
Galle, kongenitaler Defekt der Gallenausführungsgänge (Schotten) 731 — Pankreas und seine Ausführungsgänge bei kongenitalem Verschluß der Gallenwege (Hess) 626.
Galle, Stoffwechsel bei völligem Gallenmangel im Darm (Parker) 627, 841.
Gallenblase, kongenitales Fehlen (Blakeway) 278, 437 — Infektion durch Typhusbazillen (Lowenburg) 254 — kongenitale Verlagerung (Walton) 231.
Gallenfarbstoff beim Fötus und Neugeborenen (Ylppö) 517.
Gallengänge, Stoffwechsel bei kongenitalem Fehlen (Koplik und Crohn) 247, 368.
Gallengänge, Mißbildung und kongenitaler Ikterus (Zuber) 266 (Zuber und Rousselot) 266.
Gallenstein, Bedeutung des Lymphatismus (Zellweger) 997.
Gangrän des Beines (Fitzwilliams und Vincent) 750.
Gangrän der Haut bei Typhus (Roubaud) 977.
Gangrän der Lunge (Bonnet) 989.
Gangrän des Unterschenkels (Fitzwilliams und Vincent) 922.
Gangrän, Arthussches Gangränphänomen (Joussel) 611.
Gangrän, Darmulzeration (Porak 260.
Gangränöse Angina (Rolleston) 262.
Gastritis, muköse (Cantley) 154.
Gastroenterostomie (Fredet und Tixier) 266 — bei hypertrophischer Pylorusstenose (Fredet und Tixier) 728.
Gaumen, Ulkus der Gaumenwölbung (Amaudrut) 748.
Gaumen, Therapie der erworbenen und angeborenen Defekte (Neumann) 1010.
Gaumenspalte, Operation (Helbing) 392 — Spätfolgen des operativen Gaumenspaltverschlusses (Hagemann) 750.
Geburtenhäufigkeit (Guradze und Eisenstadt) 1022 — in Preußen (Hillenberg) 282, 1022.
Geburtenrückgang (Fehling) 1022 — (Hanssen) 1022 — (Laserstein) 283 — (Niemeyer) 1023 — (Perreau) 1023 — (Rohleder) 763 — (Rösle) 1023 — (Schloßmann) 1024 — (Tönniges) 186 — in Deutschland (Borntraeger) 761 — in Frankreich und Deutschland (Laurent) 1023.
Geburtenzahl, Beschränkung (Marcuse) 171 — und Säuglingsfürsorge (Grassl) 282.
Geburtslähmung, toxischer Charakter des Kolostrums (Kastle und Healy) 270.
Gedächtnis, experimentelle Untersuchung (Oort) 740.
Gehfähigkeit (Lesage und Collin 1003.
Geisteskrankheit, Kombination narkotischer und Schlafmittel (Halbey) 830 — Größe und Gewicht geisteskranker Kinder (Rehm) 829.
Gelatine bei Purpura haemorrhagica (Weber) 1008.
Gelenk, Komplikationen bei Masern (Crémieu und Lacassagne) 251 — Komplikationen bei Scharlach (Edgerly) 252.
Gelenk, Tuberkulose (Fraser) 584.
Gelenke, Behandlung der Tuberkulose nach Mosetig (Machard) 223 — Typus humanus und bovinus bei Tuberkulose (Fraser) 89.
Gemüsekost (Kassowitz) 314 — als Säuglingsnahrung (Langstein und Kassowitz) 147.
Genitale, seltene Geschwürform (Scherber) 875.
Genitalien, Dystopie der inneren (Vas) 169.
Genitalien, Tuberkulose der weiblichen (Niepelt) 255, 654.
Genitalspalte (Löwen) 758.
Geruch, spezifischer bei Infektionskrankheiten (Krasnogorski) 638.
Geschlecht, Einfluß des Alters der Mutter auf das Geschlecht der Kinder (Ahlfeld) 609.
Geschlechtskrankheiten (Finger) 713.
Geschlechtsorgane, Mißbildung (Vromen) 268.

Gesetz, australisches betreffend Mutterschaftsprämien 1024.
Gesicht, kindliches in gesunden und kranken Tagen (Doernberger) 610.
Gesicht, Asymmetrie bei Skrophuloderma (Zigler) 746.
Gesichtsspalten und anderweitige Mißbildungen des Gesichts (Grünberg) 712.
Gewerbekrankheiten (Brezina) 237.
Gewicht, Verhältnisse der Helsingforser Volksschulkinder (Oker-Blom) 606.
Gewichtsabnahme der Neugeborenen (Trepper) 630.
Gewichtsschwankungen bei Kohlehydratentziehung **(Carneiro) 333,** 569.
Ghons, primärer Lungenherd bei Kindertuberkulose (Borrino)651.
Glandula pinealis, Klinik der Erkrankungen (Marburg) 726 — bei Akromegalie (Bartlett) 1006 — Tumor (van den Bergh und van Hasselt) 588 — Tumor (Tschebotarewskaja) 727, 908 — abnorme Entwicklung infolge Zirbeldrüsengeschwulst (Morse) 488.
Glaukom, infantiles (Coronat) 1006.
Gleichgewichtsstörungen bei tuberkulöser Meningitis (D'Espine) 652.
Gliom, Genese (v. Scily) 402 — der Netzhaut (Deutschmann) 401.
Glottiskrampf, funktioneller inspiratorischer (Brat) 801.
Glykosurie bei tuberkulöser Meningitis (Frew und Garrol) 888 — hypophysäre bei Tuberkulose (Claude, Baudouin und Porak) 651.
Glykuronsäure, vermehrte Ausscheidung bei Tetanie (Freund) 843, 965 — vermehrte Ausscheidung bei Scharlach (Oppenheimer) 573, 627.
Goldchloridreaktion, kolloidale bei kongenitaler Syphilis (Grulee und Moody) 986.
Gonoblennorrhöe der Bindehaut der Neugeborenen, Gonokokkenserum (Colombo) 401 — Airoltherapie (v. Herrenschwand) 402.
Gonokokken, Peritonitis und Vulvitis (Tridon) 979 — Vulvovaginitis (Mattissohn) 999 — (Rubin und Leopold) 388, 999.
Gonokokkenserum bei Gonoblennorrhöe der Bindehaut der Neugeborenen (Colombo) 401.
Gonokokkenvakzin (Schulz) 303.
Gonorrhöe, Komplementbindungsreaktion (Neil) 976.
Gonokokken, Komplementbindung bei Vaginitis (Smith) 855.
Gonorrhöe, Prognose und Vulvovaginitis (Mattissohn) 874.
Gonorrhöe, Behandlung (Nassauer) 303 — (Prager-Heinrich) 303 — (Rygier) 303 — (Schulz) 303.
Gonorrhöe, Vakzinetherapie (Gerschun und Finkelstein) 998 Vakzinebehandlung der gonorrhoischen Ophthalmie (Mittendorf) 747.
Gonorrhöe, Arthrigonbehandlung der Arthritis (Tedesko) 257.
Goutte de lait (Tilmant) 1024 — (Waldron) 764 — und Stillen (Laroche) 762 — in München-Westend (Schmidt) 763 — von Montceau-les-Mines (Laroche) 762 — der mines de Blanzy (Duplessis) 761 — Siehe auch Milchküchen.
Grabnerhängkette (Schuppli) 662.
Granulon, malignes mit rekurrierendem Fieber (Schick) 230.
Graviditätt, Lipoide (Herrmann) und Neumann) 476.
Grippe in Rostock (Brüning) 761.
Cros ventre (Gardies) 728.
Guajak-Guajakolprobe (Schern und Schellhase) 11.
Guajakreaktion im Harn (Wilhelm) 627 — Einfluß von Konservierungsmitteln (Kuhn) 7.
Guajaktinktur zum Nachweis der Pasteurisierung (Weigmann) 13 — Probe zur Unterscheidung roher und erhitzter Milch (Rievel) 10 — (Weigmann) 13.
Guajakolina Franchi (Nevi) 721.

Haar, vikariierende Pigmente für Haarbildung (Christ) 1007.
Haare, Dystrophie (Eisenstädt) 745.
Habituelles Erbrechen, Schicksal der Kinder **(Liefmann) 714.**
Habitus tuberculosus (Friedjung) 527.
Hafermehl (Portes) 961.

Hals, symmetrische kongenitale Knorpellänge (Korbsch) 758 — Tuberkulose im Röntgenbild (Sluka) 717 — branchiogene Krankheitszustände (Delrez) 1018.
Halsdrüsen, Behandlung geschwellter (Stone) 725.
Halsfistel (Wenglowski) 760.
Hals, angeborene Fistel (Küttner) 396 — mediane Halsfistel (Bunde) 860.
Halsrippe (Blankart) 1017 — (Howell) 1018 — (Mendel) 1019 — (Rawling) 1019 — (Sargent) 1020 — (Sheen) 1020 — (Streißler) 279 — (Whitelocke) 1020 — doppelseitige (Poynton) 1019.
Halsrippe, Symptomatologie (Wilson) 1020.
Halsrippe, Anatomie (Jones 757.
Halsrippe mit neuritischen Symptomen (Naish) 758.
Halsrippe und Ulnarislähmung (Bibergeil und Blank) 777.
Haltekinder, Fürsorge (Hoffa) 762.
Hämaglutinine in der Frauenmilch und ihr Übergang auf das Kind (von Zubrzycki u. Wolfsgruber) 146, 621, 663.
Haemangioma cavernosum im Herzen (Schuster) 259.
Hämatemese des Neugeborenen (Poursin) 630.
Hämatemese bei Leberzirrhose (Davidson) 266, 437.
Hämatemese bei Tabes (Lehmann) 270.
Hämatologie, klinische (Türk) 187.
Hämatom der behaarten Kopfhaut (Chambrelent und Balard) 744.
Hämatom, perirenales nach Scharlach (Hering) 158, 253.
Hämatom der Wange bei Barlowscher Krankheit (Weiß) 459.
Hämatomyelie (Bahrdt) 688.
Hämatoperitoneum bei Neugeborenen (Gaifami) 629.
Hämatoporphyrinurie, familiäre (Barker und Estes) 732.
Hämaturie, vorübergehende bei Lungentuberkulose (Haushalter und Remy) 982.
Hämoglobinurie, renalen Ursprungs (Gaujoux) 733 — Marschhämoglobinurie (Jehle) 490 — Injektionen von Diphtherieserum (René und Rouèche) 734, 998.
Hämoglobinurie, paroxysmale (Ager) 267 — (Browning und Watson) 985 — (Rault) 267 — (Reiß) 875.
Hämolysine, natürliche der normalen und pathologischen Sera (Dufourt) 614 — bei Ziegen (Famulener) 412.
Hämolytischer Ikterus (Chauffard) 266 — (Fournier und Joltrain) 266 — Milzbestrahlung (Parisot und Heully) 731.
Hämolytische Wirkung der Mastitismilch (Moser) 9.
Hämophilie (Claybrook) 249 — (Heyter) 991 — (Schloeßmann) 249 — (Twerskaia) 244 — familiäre (Leclerc und Chalier) 249 — (Méry, Salin und Wilborts) 249.
Hämophilie beim Neugeborenen (Pitfield) 208, 249 — neonatorum, Behandlung (Vincent) 208 — der Neugeborenen, Serumbehandlung (Welch) 969.
Hämophilie, Kasuistik (Falewitsch) 249.
Hämophilie, Behandlung (Hahn) 991 — Injektionen von Pepton (Nobécourt und Tixier) 742, 907 — Behandlung mit menschlichem Blutserum (Traver) 742 — Diphtherieserum zur Blutstillung (Perkins) 249.
Hämorrhagie (Soresi) 720.
Hämorrhagie vom Larynx ausgehend (Rolleston) 992.
Hämorrhagie, meningeale (Doazan) 718 (Gilles) 270 — subarachnoideale, meningeale (Griolet) 718.
Hämorrhagie, intrakranielle infolge Tentoriumzerreißung (Beuthin) 718.
Hämorrhagie der Viszeralorgane (Davis) 995.
Hämorrhagie der Nebennieren (Farr und Glenn) 726.
Hämorrhagie, intraperitoneale (Gross und Heully) 719.
Hämorrhagie, Stauungsblutungen in der Haut bei Scharlach (Ebner) 252.
Hämorrhagie bei Diphtherie (Rolleston) 379.
Hämorrhagie der Neugeborenen (Amesse) 628 — beim Neugeborenen (Fairplay) 249 — (Goldstein) 968 — (Jennings) 968 — (Joelsohn) 629 — (Manning) 968

— (Moore) 630 — Behandlung 969.
Hämorrhagie, intrakranielle beim Neugeborenen (Abels) 248, 717, 1010 — (Smith) 291 — meningeale Blutungen beim Neugeborenen (Thibault) 630 — intraventrikulare beim Neugeborenen (Eastman) 718.
Hämorrhagie, Vaginalblutung beim Säugling (Krösnig) 734.
Hämorrhagie der Nebennieren bei Neugeborenen (Lundsgaard) 263.
Hämorrhagie, Indikation von Serum (John) 321 — subkutane Injektion menschlichen Blutes bei spontanen Hämorrhagien Neugeborener (Myers) 291 — Behandlung mit Seruminjektion (Gismondi) 249 — Diphtherieserum zur Blutstillung bei Hämophilie (Perkins) 249.
Hämorrhagische Bronchopneumonie (Porak) 260.
Hämorrhagische Diathese (Rubin) 321 — Diathese beim Neugeborenen (Schloß und Commiskey) 249 — Diathese, Bluttransfusion (Vincent) 291.
Hämorrhagische Erkrankungen (Kerr) 991 — (Whipple) 720 — Erkrankungen des Neugeborenen (Graham) 629 — (Vincent) 249 — Krankheiten der Neugeborenen (Kelley) 629 — Erkrankungen von Säuglingen und Kindern (Welch) 720.
Hämorrhagische Erkrankungen mit Purpura (Lenoble) 991.
Hämorrhagische Erosionen bei Melaena neonatorum (Zadek) 245.
Hämorrhagische Nephritis bei hereditärer Syphilis (Hahn) 218.
Hämorrhagische Zustände bei Kindern (Soresi) 854.
Handbuch der Chirurgie und Orthopädie (Denucé und Nové-Josserand) 704 — der Hygiene (Weyl) 184 — der Nervenkrankheiten (Bruns, Cramer und Ziehen) 701 — der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie des Kindesalters (Brüning und Schwalbe) 233 — der Säuglingsfürsorge und des Kinderschutzes in den europäischen Staaten (Keller und Klumker) 234.
Handgelenk, Madelungsche Deformität (Melchior) 1019 — Fraktur (Rocher) 752 — Tuberkulose (Laplanche) 654.
Haptogen-Membran der Milch (Nalli) 9.
Harn, Wert der Harnuntersuchung (van der Bogert) 732.
Harn, Engel-Turnausche Reaktion (Ostrowski) 173, 661.
Harn, Urobilin (Schäfer) 11.
Harn, Farbe und Urobilinurie bei Scharlach (Schlesinger) 978 — Urobilinogenreaktion im Harn Scharlachkranker (Schelenz) 644.
Harn, Ehrlichs Amidobenzaldehydreaktion bei Scharlach (Hesse) 637.
Harn, organische Säuren im Säuglingsharn **(Aron und Franz) 645.**
Harn, Titrationsazidität (Fränkel) 387.
Harn, Reaktion bei Poliomyelitis (Schreiber und d'Allaines) 978.
Harn, Azetonausscheidung (Liefmann) 248.
Harn, familiäre Hämatoporphyrinurie (Barker und Estes) 732.
Harn, Herkunft des Harneiweißes bei Albuminurie (Krasnogorsky) 86.
Harn, Einwirkung der Kalksalze (Röse) 966.
Harn, Giftigkeit (Pfeiffer und Albrecht) 790, 804.
Harn, Giftigkeit und Anaphylaxie (Uffenheimer) 362.
Harn, Giftigkeit bei Masern (Aronson und Sommerfeld) 213, 378, 632 — (Mautner) 378, 640.
Harn, Absonderung von Diphtheriekeimen durch den Harn (Conradi und Bierast) 216 — Diphtheriebazillen (Beyer) 380, 633 — Vorkommen von Diphtheriebazillen (Freifeld) 958 — (Gräf) 958 — Diphtheriebazillen (Koch) 253, 379.
Harn, Nachweis des Tuberkelbazillus (Nobécourt) 239.
Harn, Anomalie des Harnapparates (Thatcher) 602, 1020.
Harnblase, enorme Ausdehnung (Fabre) 267 — Erkrankung durch Fremdkörper (Abels) 267.
Harnsäure, bei intestinalem Infantilismus (Crudden) 624 — Ausscheidung bei exsudativer Diathese (Kern) 631, 843.
Harnstoff, Menge (Benoit, Delearde und Hallez) 247.
Harnstoff, Menge im Blut, in der Zerebrospinalflüssigkeit und im

Harn (Benoit, Deléarde und Hallez) 247.
Harnstoff in der Zerebrospinalflüssigkeit (Nobécourt) 238 — Bestimmung des Harnstoffgehaltes in der Zerebrospinalflüssigkeit (Nobécourt, Bidot und Maillet) 611 — Gehalt in der Zerebrospinalflüssigkeit (Nobécourt, Sevestres und Bidot) 150.
Harnstoff, Gehalt in der Zerebrospinalflüssigkeit bei Nephritis (Nobécourt und Darré) 773.
Harnstoff, Stickstoffretention bei Fütterung von Harnstoff (Grafe) 965.
Harnwege, Injektion der Harnwege durch Kolibazillen **(Thomson) 564,** 454, 999.
Harn, Koliinfektion der Harnwege (Marsh) 913, 998 — (Wilson) 913, 999 — Vakzinotherapie der Kolibazilleninfektion des Harntraktus (Gorter) 455.
Harnwege, eitrige Erkrankungen der Harnwege (Peters) 734 — eitrige Infektion (Wodrig) 999 — Infektion der oberen Harnwege (Green) 855.
Harn, bakteriologische Befunde bei Erkrankungen der extrarenalen Harnwege (Kodama und Krasnogorski) 734, 898.
Harnwege, diätetische Behandlung der eitrigen Erkrankungen (Nothmann) 85.
Harnwege, Mißbildung (Payau und Mattei) 1019.
Hasenscharte (Matthey) 279 — (Perl) 279 — intrauterin geheilte (Wolff) 753. — Behandlung (Combier) 756.
Hausarbeit, hygienische Überwachung (Kemsies) 762.
Haut Sammelreferat (Leiner) 865.
Haut, Lehrbuch der Hautkrankheiten (Jessner) 187.
Haut, Reaktion bei exsudativer Diathese (Rachmilewitsch) 249, 417 — Prüfung der Reaktion auf chemische Reize (Schultz) 746, 920.
Haut, Empfindlichkeit gegenüber Dysenterietoxin und Tuberkulin (Major und Nobel) 880.
Haut, Schicksal abgesprengter Epithelkeime (Firket) 273.
Haut, Krankheiten (Cramer) 745 — Krankheiten (Schalek) 745 — Erkrankungen beim Kind (Wallhauser) 273.
Haut, Diagnose und Behandlung der Hautkrankheiten bei Schulkindern (Gardiner) 1025.
Haut, Serumbehandlung der Hautkrankheiten (Heuck) 317 — (Stümpke) 875.
Haut, abgetötete Staphylokokkenkulturen bei Hauterkrankungen (Zieler) 317.
Haut, Pikrinsäure bei der Behandlung der Hautläsionen (Wilcox) 1008.
Haut, Immunotherapie der multiplen Abszesse (v. Szilly) 494, 746.
Haut, Heißluftdusche bei ekzematösen Hautkrankheiten (Kall) 402.
Haut, Behandlung der Krankheiten der behaarten Kopfhaut (Herxheimer und Altmann) 212.
Haut, trophische Erkrankung (Finkelstein) 694.
Haut, Bromide (Hallé, Dorlencourt und Comby) 1007.
Haut, Unschädlichkeit der Desinfektion mit Jodtinktur (Monod) 751.
Haut, Blutungen bei pertussisartigen Hustenanfällen (Schick) 699, 720.
Haut, Stauungsblutungen bei Scharlach (Ebner) 252.
Haut, Emphysem bei Pneumonie (Gielczynski) 175.
Haut, entzündliche tuberkulöse (Alamartine) 650 — Behandlung der Tuberkulose (Doutrelepont) 212 — Beziehung der Tuberkulose zur orthotischen Albuminurie (Arnold) 591.
Haut, Gangrän bei Typhus (Roubaud) 977.
Haut, Diphtherie (Deutschländer) 251 — (Sowade) 646 — Diphtherie mit ungewöhnlich starker Antitoxinbildung (Kleinschmidt) 895.
Haut, multiple Tumoren **(Schmid) 443,** 600, 875, 1008.
Haut, Kankroid (Hutchinson) 745.
Haut, Mißbildungen (Bettmann) 139 — kongenitaler Defekt (Bretz) 272, 756 — kongenitale Kutisdefekte (Weintraub) 760.
Hautreiz bei Windpocken (Feilchenfeld) 635.
Hebamme, Hebammenlehrbuch 188 — Leitfaden für den Hebammenunterricht (Kirstein) 187.

Hebamme, Ausbildung vor 400 Jahren (Meier) 763.
Hedonal (Barrigton-Ward) 361, 612.
Heftpflaster zur Behandlung des Talipes equinocarus (Allen) 277.
Heilpädagogik (Heller) 1001 — und Fürsorgeerziehung(Huemer) 547.
Heilpädagogische Abteilung der Kinderklinik in Wien (Lazar) 545.
Heilpädagogische Praxis **(Girstenberg) 629.**
Heilerziehungsheime für Psychopathen (Loeb) 931.
Heißluftdusche bei ekzematösen Hautkrankheiten (Kall) 402.
Hektine, Heilung des Heuschnupfens (Balzer) 612.
Heliotherapie, Intensität und Dauer der Behandlung (D'Oelsnitz) 715.
Heliotherapie bei nicht tuberkulösen Affektionen (Aimes) 612.
Heliotherapie der Tuberkulose (Alkan) 903 — der Tuberkulose an der See (Felten-Stoltzenberg) 850 — Einfluß auf den Organismus (D'Oelsnitz) 956, 983 — bei tuberkulöser Peritonitis (Jaubert) 982 — (D'Oelsnitz) 255.
Heliotherapie in Schulen und Hospitälern (Brannan) 612.
Helminthen in der Appendix (Hueck) 911.
Helminthiasis (Consorti) 264 — (Murphy) 211, 729.
Hemiatrophia facialis progressiva (Marburg) 236.
Hemiatrophie der Wirbel (Fayol) 757.
Hemiatrophie und Hemihypertrophie (Stier) 800.
Hemichorea (Azgoitia) 166.
Hemihypertrophie bei Naevus (Allaire) 1007 — mit Nävus und varikösen Venen (Telford) 441.
Hemiplegie (Malarte) 1014 — im frühesten Kindesalter (Langstein) 687 — infantile (Gierlich) 737, 783.
Hemiplegie, infantile spastische (Cannata) 736.
Hemiplegie, progressive doppelseitige (Tooth) 739.
Hemiplegie, kongenitale zerebrale (Silberknopf) 739.
Hemiplegie, postdiphtherische (Leede) 639.
Hemiplegie nach Scharlach (Issailovitch-Dusciau) 638.
Hemispasmus des Fazialis (Lesage und Gauchery) 439 — der Lippe (Guily) 270 — der Unterlippe (Variot, Bonnoit und Cailliau) 271.
Hemmungsmißbildung der oberen und unteren Extremität (Löwenstein) 758.
Hepatitis, familiäre juvenile (Chermitte) 912 — parenchymatosa (Hildebrandt) 95.
Heredität und Schädelform (Broad) 956.
Hermaphroditismus (Payau und Mattei) 1019 — bösartige Nierengeschwulst (Raubitschek) 267.
Hernie (Ross) 752 — Behandlung (Hoguet) 1013 — (Ochsner) 752 — Hilfsmittel bei der Reposition (Nußbaum) 922 — radikale Behandlung (Mosquet) 276.
Hernie, eingeklemmte (Collins) 750 — (Dubois) 1011 — (Etienne und Aimes) 750 — (Hall) 1013.
Hernie, appendikuläre (de la Villéon) 1016.
Hernie, crurale (Etienne und Aimes 750.
Hernie, diaphragmatische (Kirmisson) 1013 — (Reiss) 752 — kongenitale diaphragmatische (Vannesson) 277.
Hernie, duodenojejunalis (Vogt) 1016.
Hernie, inguinale (Gerster) 276 — (Silhol) 277.
Hernie, inguinale eingeklemmte (Bourhis) 275 — (Grosse) 1012 — eingeklemmte Inguinalhernie (Nicholls) 497, 752 — eingeklemmte Inguinalhernie (Rivière) 752 — (Whitelocke) 922.
Hernie, Behandlung der inguinalen (Campbell) 750 — (Savariand) 752 — Behandlung des Leistenbruches (Meredith) 751 — bilaterale Operation der inguinalen (Roughton) 231.
Hernie, inguinale und Appendizitis (Becker) 101, 275.
Hernie, Behandlung der Leisten- und Nabelbrüche (Prachler) 752.
Hernie, Nabelhernie (Herding) 1013 — Nabelbruch (Manson) 751 — des Nabels (Smester) 277.

Hernie, Behandlung der Nabelhernie (Fraser) 1012 — Heilung der Nabelhernie (Smester) 752 — radikale Heilung des Nabelbruches (Froehlich) 1012 — Chirurgie der kongenitalen Nabelhernie (Perrin) 1015.
Hernie der Nabelschnur (Usener) 443.
Hernie, Nabelschnurbruch (Bolaffi) 996 — (Usener) 277 — geheilter Nabelschnurbruch (Richards) 752.
Hernie, Nabelstrangbruch (Lebedev) 279.
Herpes, Febris herpetica (Schottmüller) 190.
Herpes facialis bei Diphtherie (Reiche) 977.
Herpes zoster (Veras) 223, 273 — und Varizellen (Heim) 95.
Herz, Handbuch der allgemeinen Pathologie, Diagnostik und Therapie der Herz- und Gefäßkrankheiten (v. Jugic) 706.
Herz, Entwicklung (Mall) 259.
Herz, Arbeitsleistung bei gesunden Kindern (Müller) 719.
Herz, Mechanismus der Herzreaktion (Hecht) 719, 956.
Herz, physiologische Schallverhältnisse (Hecht) 259, 323, 470.
Herz, Leistungsfähigkeit vom Standpunkte der Schule (Mumford) 1025.
Herz, vorzeitige Herzschläge ausgehend vom Hisschen Bündel (Lewis und Allen) 628.
Herz, Diagnose und Therapie der Herzkrankheiten (Braun) 705.
Herz, pseudokardiale und kardiale Geräusche (Schlieps) 82. — bedeutungslose Geräusche in der Präkordialgegend (Hochsinger) 698, 719.
Herz, Verhalten der Aminosäure bei Herzkrankheiten (Fonzo) 988.
Herz, Größenbestimmung bei der Diagnose der Klappenfehler (Breuning) 988.
Herz, Diagnostik der kongenitalen Herzfehler (Mohr) 719.
Herz, Elektrokardiogramm bei angeborenen Herzfehlern (Ratner) 720.
Herz, Prognose der Herzkrankheiten (Cautley) 988 — (Dunn) 904, 988.
Herz, Verhütung von Herzkrankheiten(Poynton) 988.
Herz, Behandlungsmethoden der Herzkrankheiten (Cautley) 718.
Herz, Wirkung der Vagusreizung (Robinson, Cauby und Draper) 82.
Herz, diuretische Wirkung des Waldmeisterinfuses (Mouriquand und Duval) 613.
Herz, Wirkungsweise und Einfluß des Kalkes auf den Hemmungsmechanismus des Herzens (Cazzola) 612.
Herz, Erkrankungen (Poynton) 988.
Herz, akut-entzündliche Erkrankungen (Flessa) 718.
Herz, Chorea) (Parvu) 987.
Herz, funktioneller und organischer Herzblock (Hecht) 83.
Herz, Perikarditis (Blechmann) 987.
Herz, Verlauf, Prognose und Behandlung der Endokarditis (Calhoun) 259.
Herz, Thromboendokarditis ulcerosa (Hohlfeld) 259.
Herz, Arrhythmie, geheilt durch Abtragung von adenoiden Vegetationen (Delneuville) 725 — Bakteriologie und pathologische Anatomie der Tonsillen bei Herzkrankheiten (Davis) 434.
Herz, Lage und Funktion bei orthostatischer Albuminurie (Bass und Wessler) 732, 855, 987.
Herz, myokardische Syndrome bei Infektionskrankheiten (Nobécourt) 976.
Herz, Komplikationen bei Diphtherie (Coghlan) 217 — bei Diphtherie (Elliott) 635 — Thrombose bei Diphtherie (D'Espine und Mallet) 635 — isolierte Erregbarkeitsstörungen des Ventrikels bei Diphtherie (Fries) 636 — Verbreitung der Diphtherie im Herzblut (Sommerfeld) 426 — Diphtherieherztod (Rohmer) 91.
Herz, Veränderungen bei Pertussis (Brick) 633.
Herz, Störungen nach Scharlach (Böttger) 250.
Herz, Mitralstenose bei hereditärer Syphilis (Nathan) 649 — familiärer Mitralherzfehler auf Grund angeborener Syphilis (Milian und Sauphar) 649.
Herz, Herzklappenfehler (Gerhard) 706.
Herz, angeborenes Herzleiden (Cesare) 718 — angeborene Herz-

fehler (Ebright) 718 — (Erdmenger) 718 — (Wieland) 988 — (Luzzatti) 719 — (Nobécourt) 719 — (Ostrowski) 173.
Herz, kongenitale Erkrankungen des rechten Herzens (Laubry und Pozzi) 719.
Herz, Zyanose bei kongenitalen Herzaffektionen (Nobécourt) 988.
Herz, intermittierendes Herzgeräusch bei angeborener Trikuspidalatresie (Wieland) 508.
Herz, kongenitale Erkrankungen und Schwangerschaft (Courderc) 238.
Herz, kongenitale Mißbildung (Sédillot) 259.
Herz, Offenbleiben des Ductus arteriosus (Miller und Orton) 587.
Herz, Störungen im Schluß des Herzbeutels (Risel) 759.
Herz, Cor biloculare (Jensen) 988 — (Knape) 396.
Herz, Cor tricolare biatriatum (Hecker) 344.
Herz, multiple Herzveränderungen (Letulle) 719.
Herz, Ektopie (Rolland) 988.
Herz, Haemagioma cavernosum (Schuster) 259.
Herz, Tumoren (Bundschuh) 99.
Herz, metastatische Karzinomatose des Herzmuskels (Wagner) 259.
Heuschnupfen, Heilung durch Hektine (Balzer) 612.
Hexamethylenamin, Ausscheidung von Formalin (Talbot und Sisson) 563.
Hexamethylentetramin (Zak) 309.
Hilfsschule, Ausbildung des Hilfsschullehrers (Horrix) 356 — Eigentümlichkeiten bei Hilfsschülern (Schinner) 548 — in der Schweiz (Naville) 928.
Hilus, Tuberkulose im Röntgenbild (Sluka) 480.
Hirn, Grundmechanismen der Arbeit der Großhirnrinde (Krasnogorski) 451.
Hirn, Methode der bedingten Reflexe zur Untersuchung der Rindenzentren (Tolotschinow) 773.
Hirn, Hund ohne Großhirnhemisphären (Zeleny) 773.
Hirn, Chemie (Weil) 770 — mineralische Bestandteile (Messing) 770 — Kalk- und Magnesiumgehalt in verschiedenen Altersstufen (Novi) 627.
Hirn, Hyperaktivität des Vorderlappens (Williams) 908.
Hirn, funktionelle Differenzen der Hirnhälften (Stier) 821.
Hirn, Nachweis von Apotoxin im anaphylaktischen Chock (Achard) und Flandin) 770.
Hirn, ungewöhnliche Symptome (Little) 738.
Hirn, alimentäre Vergiftung unter dem Bilde einer zerebralen Herdaffektion (Meyer) 199.
Hirn, totale Erweichung beider Großhirnhälften (Meier) 166.
Hirn, Hypertrophie (Czarnik) 175.
Hirn, Azidität und Quellungsfähigkeit des urämischen Gehirns (Murachi) 770.
Hirn, Diagnostik und chirurgische Behandlung der Hirnkrankheiten (Bychowski) 832.
Hirn, operative Behandlung des Hirndruckes (Anton) 832.
Hirn, operative Beeinflussung der Entwicklungsstörungen (Anton) 914.
Hirn, breite Freilegung der Ventrikel (Krause) 830.
Hirn, Naevus pigmentosus mit Pigmentflecken im Gehirn (Binsack) 744.
Hirn, Abszeß im Scheitellappen (André-Thomas) 749.
Hirn, Erkrankung bei Scharlach (Méry, Salin und Wilborts) 255.
Hirn, tuberöse Hirnsklerose (Harbitz) 440.
Hirn, Tuberkel (Hutinel) 982 — Blutung bei Meningitis tuberculosa (Borck) 651.
Hirn, Angiom (Volland) 783.
Hirn, Tumoren (D'Astros) 1010 — (Broca und Francais) 1011 — (Guinon, de Martel und Ripart) 1013 — Tumoren und Auseinanderweichen der Schädelnähte (Broca) 275 — Augensymptome bei Hirntumoren (Terrien) 1004 — kongenitale Tumoren (Oppenheim) 738.
Hirn, angeborene Hirnbrüche (Levi) 758.
Hirn, doppelseitige Zyste (Trömner) 783.
Hirn, totales Fehlen (Modena) 1019.
Hirn und Seelenleben (Ziehen) 236.

Hirschsprungsche Krankheit (Carr) 995 — (Exchaquet) 489, 728 — (Frank) 728.
Hitzschlag (Gallois) 1024.
Hirschsprungsche Krankheit (Machelt) 996 — (Meyer) 996 — (Navarro) 729 — (Pauchet) 996 — (Sorrel) 996 — (Steiner) 265, 489 — (Sundholm) 759 — (van den Vrijhoef) 730 — (Zarfl) 266, 730, 939 — Entstehung und Verhütung (Meyer) 231, 691.
Histopin (Saalfeld) 875.
Histopintherapie, Wassermannsche (Joseph) 874.
Hitze, Einfluß der Sommerhitze (Schlesinger) 204 — Einfluß mäßig hoher Temperaturen (Knox) 238, 475, 618 — Einwirkung bei jungen Hunden (Schreiber und Dorlencourt) 620.
Hitze, Einfluß auf die Sterblichkeit (Cameron) 885 — und Sommersterblichkeit (Liefmann) 618.
Hitze als verdauungsförderndes Moment (Crosby) 616.
Hitze und Hygiene (Schloßmann) 620.
Hitzschlag bei Säuglingen (Gallois) 617.
Hoden, Entwicklungsstörungen (Voß) 999.
Hoden, Entwicklung und Obesitas (Léopold und Lévi) 796.
Hoden, Sekretionsanomalie und Infantilismus (Souques) 263, 796.
Hoden, Ektopie (Corse und Swynghedauw) 1012 — Ectopia (Fischer) 733, 1012 — (de Kervily und Branca) 1013 — (Savariaud) 1015 — perineale Ektopie (Français) 275.
Hoden, embryonales Teratom (Meyer) 1014.
Hoden, maligner epithelialer Tumor (Etienne) 733.
Hodgkinsche Krankheit (Hunter) 262.
Homogenisierte Milch, Untersuchung (Lavialle) 623 — Brownsche Molekularbewegung (Lavialle) 456, 623.
Homoiomorphismus bei akuten Exanthemen (Galatti) 477.
Hordeninsulfat (Jarricot) 957.
Hormonale (Declairfayt) 612.
Hörstummheit (Fröschels) 472.
Hospital (Lovett) 283.
Hospital, individuelle Prophylaxe (Abt) 280, 764 — erste Versorgung kranker Säuglinge (Wichura) 284.
Hospital, Verhütung der Übertragung von Infektionskrankheiten (Hornemann und Müller) 764 — (Meyer) 764.
Hospitäler und Säuglingssterblichkeit (Holt) 282.
Hospitalismus (Meyer) 862.
Hufeisenniere (Payau und Mattei) 1019.
Hüfferstiftung in Münster (Becher) 753.
Hüftgelenk, schlotterndes (Roederer) 755.
Hüftgelenk, kongenitale Luxation (Le Damany) 555 — (Fröhlich) 754 — (Hayashi und Matsuoka) 1018 — (Künne) 276, 754 — (Lance) 755, 1017 — (Morestin) 278 — (Savariaud) 1017 — (Schede) 1017 — (Vignard) 278 — (de la Villéon) 1017 — nervöse Störungen bei kongenitaler Luxation (Gourdon) 1012 — Dupuytrensches Zeichen bei der kongenitalen Hüftgelenksluxation (Lance) 754, 1013.
Hüftgelenk, Erblichkeit der angeborenen Luxation (Hayashi und Matsuoka) 754.
Hüftgelenk, kongenitale Luxation und Knochenbrüchigkeit (Derscheid-Delcourt) 753.
Hüftgelenk, angeborene Luxation und Skoliose (Falk) 756.
Hüftgelenk, Behandlung der angeborenen Luxation (Gourdon) 754 — unblutige Behandlung der kongenitalen Luxation (Galeazzi) 754 — (Knopf) 754.
Hüftgelenk, Schmerzen bei Rachitis (Broca) 1011.
Hüftgelenk, Osteomyelitis (Fabresse) 750.
Hüftgelenk, Gehen nach Immobilisation der Hüfte (Desfosses) 753.
Hüftgelenk, angeborene Mißbildungen (Hayashi und Matsuoka) 754.
Humerus, Subluxation des Oberarms nach Heine-Medinscher Krankheit (Klar) 335.
Humerus, Epiphysenlösung (Kirmisson) 751.
Humerus, traumatische Diaphysenlösung (Bonnaire und Ecalle) 1011.
Humerus, Fraktur (Savariaud) 752 — offene Fraktur (Brau-

Tapie) 1011 — Fraktur des unteren Endes (Parry) 276 — (Prèves) 170 — Fraktur des chirurgischen Halses (de Frenelle) 275 — suprakodyläre Fraktur (Broca) 275.
Humerus, Mißbildung der Vorderarme (Roederer) 279.
Hunger, Stoffwechsel (Schloßmann und Murschhauser) 500, 966 — respiratorischer Stoffwechsel (Kleinert) 965 — und Ernährungstechnik (Rosenstern) 200, 244 — Therapie bei akuten Infektionskrankheiten (Kapferer 77.
Hydrocystomatosis congenitalis (Hinzelmann) 391.
Hydroencephalocele occipitalis, Kleinhirnexstirpation (Mees) 1019.
Hydronephrose (Anscherlik)489 — kongenitale (D'Astros) 997 — kongenitale (van der Bogert) 278.
Hydronephrose, angeborene mit Aplasie des Ureters (van der Bogert) 732.
Hydronephrose bei kongenitalen Mißbildungen der Nieren (Lajoscade) 998.
Hydrophobie (Hand, White und Reichel) 1002.
Hydrophthalmus congenitus (Halben) 757 — kongenitaler (Rogatchevsky-Orloff) 274 — (Spielberg) 274 — (Takashima) 1004 — congenitus, pathologische Anatomie und Therapie (Siegrist und Rotter) 402.
Hydrops, fötaler allgemeiner (Rautmann) 720 — Blutbildung bei fötaler allgemeiner Wassersucht (Rautmann) 85.
Hydrops, angeborener allgemeiner (Fischer) 85 — (Loth) 259.
Hydrops universalis des Neugeborenen (Ludwig) 719.
Hydrops, idiopathischer intermittierender Gelenkshydrops (Kemmetmüller) 323.
Hydrotherapie bei Lähmungen (Laquer) 738.
Hydroureter (Heiman) 998.
Hydrozephalus (Glüh) 783 — (Kopp) 831 — (Meyer) 279 — (Speese) 752, 1004.
Hydrozephalus, akuter (Stouff) 1004.
Hydrozephalus externus (Pagenstecher) 752.
Hydrozephalus internus (Ibrahim) 930 — (Pussep) 271 — chronicus internus, systematische Lumbalpunktion (Frommowicz) 830 — chronischer interner (Rae) 915, 1003 — internus mit bulbären Symptomen (Giuffini) 1018.
Hydrozephalus, rechtsseitiger (Davies) 226.
Hydrozephalus, Differentialdiagnose (Usener) 966 — spasmophiles Syndrom (Triboulet, Debré und Godlewski) 739.
Hydrozephalus, chirurgische Behandlungsmethoden (Heile) 351 — Drainage der Cisterna magna (Haynes) 1018 — internus, permanente Ventrikeldrainage (Heuking) 757 — internus, operative Behandlung (Pussep) 168.
Hydrozephalus verlangsamte Resorption der Zerebrospinalflüssigkeit **(Knöpfelmacher** und **Mautner) 505,** 544, 956.
Hydrozephalus, Verhalten der Nebennieren (Levy) 993.
Hydrozephalus, Schicksal (Pakuscher) 783.
Hydrozephalus bei Anenzephalus (Audebert und Berny) 1017.
Hydrozephalus und Syphilis (Cannata) 251.
Hygiene (Macy) 955.
Hygiene des Kindes (Apert) 280 — des normalen Kindes (Wile) 764 — des kindlichen Geistes (Neter) 1000 — und Schule (Crämer) 765 — und Gymnastik im Film (Kemsies) 282.
Hymenolepis nana (Chatin und Garin) 995.
Hyomandibularfistel (Küttner) 396.
Hyperkeratose, generalisierte kongenitale (Brault) 744.
Hyperplasia facialis ossificans progressiva (Goto) 735.
Hyperthermie, rektale (Moro) 329.
Hypertrophie, partielle angeborene (Allaria) 1006 — kongenitale partielle (Million) 758 — der rechten unteren Extremität (Taidon) 759 — der linken Körperhälfte (Bassoe) 800.
Hypophyse, vergleichende Anatomie und Histologie (Stendell) 994.

Hypophyse, Insuffizienz (Baumel und Margarot) 1006.
Hypophyse, Zwergwuchs (Burnier) 726.
Hypophyse, Veränderungen bei Diphtherie (Creutzfeldt und Koch) 972.
Hypophyse, Beziehungen zu chronischen Affektionen des Nasopharynx und der Keilbeinhöhle (Citelli) 795.
Hypophyse, basophiles Adenom (Bauer und Wassing) 992.
Hypophyse, Tumor (Sainton und Rol) 1005 — Tumor mit Infantilismus (Mullally) 726 — (Zani und Del Lago) 727 — Tumor ohne Akromegalie (Barbey) 262.
Hypophysis, Hypophysentherapie bei Rachitis (Weiss) 744, 994.
Hypophysenmedikation bei Skrofulose (Klotz) 321.
Hypophyse, Einfluß des Extraktes auf die Mamma (Schaper) 662 — Wirkung des Extraktes auf die Milchsekretion (Hammond) 963 — (Houssay, Giusty und Maag) 964 — Anwendung auf Milchkühe (Gavin) 659.
Hypophyse, hypophysäre Glykosurie bei Tuberkulose (Claude, Baudouin und Porak) 651.
Hypophyse bei Schilddrüsenaplasie (Zuckermann) 908.
Hypospadie (Stettiner) 759.
Hypotrophie, prolongierte beim Frühgeborenen (Peignaux) 969.
Hypothyreoidismus (v. Jauregg) 993 — (Oswald) 993.
Hysterektomie, Läsionen des Ureters (de Berne-Lagarde) 1011.
Hysterie (Moren) 1003 — (Skliar) 739 — infantile (Jörgensen) 738.
Hysterie, Diagnose (Cruchet) 737 — differentialdiagnostische Abgrenzung der Krampfformen (Jödicke) 594.
Hysterie, Prognose und Ätiologie (Tobias) 1004.
Hysterie, Taubheit (Jones) 1009.
Hysterie, Angstzustand (Williams) 740 — Phobie (Williams) 596.
Hysterie mit Störungen der Lage- und Bewegungsempfindungen (Strohmayer) 739, 801.
Hysterie, Schulterblatthochstand (Tilanus) 801.
Hysterie, Anstaltsbehandlung (v. Reuß) 96.
Hystero-Neurasthenie (Wolff) 352.

Jahrbuch der Schweizerischen Gesellschaft für Schulgesundheitspflege (Zollinger) 709.
Jahreszeit bei Kinderkrankheiten (Herrmann) 955.
Ichthoform bei Typhus (Heller) 302..
Ichthyosis congenita (Meyenberg) 273 — kongenitale familiäre (Gandini) 745.
Ichthyosis, epidemische Fälle (Bruhns) 744.
Ikterus (Poynton) 591, 731.
Icterus neonatorum (Hirsch) 629, 997 (— (Maliwa) 629 — (Mensi) 266 — (Unger) 202 — (Ylppö) 617.
Icterus neonatorum, Pathogenese und Klinik (Schmitz) 630.
Icterus gravis neonatorum (Neukirch) 203.
Ikterus, physiologische Ikterusbereitschaft der Neugeborenen (Hirsch) 517.
Ikterus, hereditärer (Gibbon) 997.
Ikterus, kongenitaler familiärer (Hichens) 997 — (Maliwa) 152, 731.
Ikterus, kongenitaler infolge Mißbildung der Gallengänge (Zuber) 266 — (Zuber und Rousselot) 266.
Ikterus, angeborener hämolytischer (Roth) 731 — (Chauffard) 266 — kongenitaler hämolytischer heredosyphilitischen Ursprungs (Fournier und Joltrain) 266, 648.
Ikterus, hämolytischer, Blutveränderungen (Huber) 997.
Ikterus, hämolytischer, Milzbestrahlung (Parisot und Heully) 731.
Ikterus, akuter infektiöser (Herrmann) 997.
Ikterus, epidemischer (Guthrie) 731 — (Randolph) 731.
Ikterus, nervöser (Valleix) 266.
Ikterus simplex (Niemann) 207, 731.
Ikterus katarrhalischer (Guthrie) 387 — cartarrhalis, Verhalten des Duodenalinhaltes (Matko) 731.
Ikterus, schwerer (Fairise und Bonnet) 997.

Ikterus mit Pankreatitis (Goldie) 438, 732.
Idiosynkrasie gegen Kuhmilch (Neuhaus) 332 — (Neuhaus und Schaub) 619, 661 — (Lust) 8, 243.
Idiosynkrasie gegen Kuhmilch und Anaphylaxie (Lust) 200.
Idiosynkrasie gegen Eier (Schloß) 317.
Idiotie (Kellner) 596 — Prognose (Becker) 828.
Idiotie, amaurotische (Kowarsky) 270 — (Frey) 1002 — (Hymanson) 1002 — amaurotische familiäre (Anglade) 736 — (Beck) 326 — (Berger) 736 — (Coriat) 737 — (Gifford) 270 — (Harbitz) 737 — (Turner) 166.
Idiotie, Stoffwechsel bei amaurotischer familiärer (Heiman, Bookman und Crohn) 207.
Idiotie, amaurotische; Untersuchung des Gehirnes (Winkler und van West) 740.
Idiotie, amaurotische; pathologische Anatomie (Schob) 739.
Idiotie, amaurotische; juvenile Form (Schob) 792.
Idiotie, mongoloide (Cautley) 1002 — mongoloide; innersekretorische Stoffwechselstörungen (Jödicke) 726.
Idiotie und Mongolismus (Moretti) 271.
Idiotie und Infantilismus (Weygandt) 740.
Idiotie mit Mikrogyrie (Parhon und Tupa) 271.
Idiotie, Bedeutung der Syphilisätiologie (Rehm) 829.
Idiotie und kongenitale Syphilis (Dean) 218 — Beziehungen zur Syphilis (Kellner) 986.
Idiotie, Ernährungsversuche mit vegetarischer Kost (Rehm) 805.
Ileocolitis, klinische Erfahrungen mit Bacillus bulgaricus (Sinclair) 620.
Ileus durch Persistenz des Meckelschen Divertikels (Mugia) 1014 — durch Obliteration eines Mekkelschen Divertikels (Bien) 489, 727.
Ileum, kongenitale Dilatation (Rousselot) 265.
Imbezillität, Prognose (Becker) 828.
Immunität, Übertragung von der Mutter auf die Nachkommenschaft (Famulener) 412.
Immunität, Abhängigkeit von der Ernährung (Czerny) 960.
Immunotherapie bei Scharlach (Jochmann) 291.
Impressionsfrakturen des Schädels beim Neugeborenen (Kosmak) 629 (siehe Schädel).
Inanition, Verhalten des Fettes in der Leber **(Hayashi) 221,** 965.
Inanition und Zuckerausscheidung im Säuglingsalter (Rietschel) 627.
Incontinentia alvi **(Girstenberg) 629.**
Incontinentia urinae des weiblichen Geschlechtes (Caspar) 830 — (Fritsche) 733 (siehe Enuresis).
Indikanurie bei Augenkrankheiten (von Hippel) 402 — und Augenkrankheiten (Stuelp) 402.
Infantilismus 727 — (de Biehler) 176 — (Dearborn) 992 — (Lemos) 796 — (Sainton und Rol) 1005 — (de Sanctis) 727 — (van den Velden) 994 — (Weber) 907.
Infantilismus, intestinaler (Nobel) 619, 938 — intestinaler; endogener Stoffwechsel (Crudden) 624 — intestinaler, Beziehungen zwischen endegonem und exogenem Stoffwechsel (Crudden und Fales) 625.
Infantilismus, anatomisch-klinische Untersuchung (Parhon und Tupa) 271.
Infantilismus, stickstoffhaltiger Körper im Stuhl (Crudden und Tales) 247, 416.
Infantilismus, übermäßige Kalkausscheidung durch den Stuhl (Crudden und Tales) 247, 416.
Infantilismus und Insuffizienz der inneren Sekretion des Hodens (Souques) 263, 796.
Infantilismus, Beziehungen zum Nervensystem (Mathes) 796.
Infantilismus, geistiger und motorischer (Meige) 796.
Infantilismus, pankreatischer (Eason) 732.
Infantilismus, renaler 268 — (Comby) 267.
Infantilismus, hypophysärer (Souques und Chauvet) 994 — mit Hypophysentumor (Mullally 726 — infolge Hypophysentumor (Zani und Del Lago) 727.

Infantilismus, angeborene Schulterversteifung (Cramer) 277.
Infantilismus und Idiotie (Weygandt) 740.
Infantilismus mit chronischer interstitieller Nephritis (Naish) 210, 267.
Infekt und Nervensystem beim Fieber (Citron und Leschke) 610.
Infektion, akute im Säuglingsalter (Müller) 641.
Infektion und Verdauung (Meyer 610 — und Ernährung (Thomas und Hornemann) 515.
Infektion im Säuglingsalter und Ernährung (Langstein) 618.
Infektion, hochfieberhafte Infektionszustände mit protrahiertem Verlauf (Meyer) 695.
Infektionskrankheiten, Beiträge zur Klinik (Brauer) 189.
Infektionskrankheiten, spezifischer Geruch (Krasnogorski) 638, 847.
Infektionskrankheiten, Beziehungen zu den weiblichen Geschlechtsorganen (Stolz) 646.
Infektionskrankheiten, Verhütung (Tluchov) 236 — (Roayl Storrs haynes) 257 — Verhütung der Übertragung (Schloßmann) 189 — Verhütung von Übertragungen in Kinderspitälern (Hornemann und Müller) 1024.
Infektionskrankheiten, Prophylaxe der akuten (Eichelberg) 534.
Infektionskrankheiten, Erhöhung der natürlichen Resistenz durch Chlorkalzium (Emmerich und Loew) 610.
Infektionskrankheiten und Schule (Classen) 765 — (Netter) 766.
Infektionskrankheiten, Beeinflussung verschiedener Erkrankungen (Thalacker) 646.
Infektionskrankheiten, Komplikationen (Stern) 257.
Infektionskrankheiten, Alkohol (Ewald) 973.
Infektionskrankheiten, toxische Wirkung des menschlichen Blutserums (Bankowski und Symanowski) 609.
Infektionskrankheiten, Knochenveränderungen (Fehér) 973.
Infektionskrankheiten, myokardische Syndrome (Nobécourt) 976.
Infektionskrankheiten, Pankreatitis mit Ikterus (Goldie) 732.
Infektionskrankheiten, Nahrungsentziehung als Therapie (Kapferer) 77.
Infektionskrankheiten, Wirkung der oxydierenden Substanzen (Belin) 971.
Infektionskrankheiten, Verwendbarkeit der optischen Methode und des Dialysierverfahrens (Abderhalden und Andryewsky) 970.
Influenza, allgemeine Infektion (Clarke) 251.
Influenza, anatomische Veränderungen bei Influenzapneumonie (Davis) 428.
Influenza, ruhrartige Grippeendemie (Bernheim-Karrer) 535.
Influenza, Neuritis optica infectiosa (Dutoit) 401, 779.
Influenza, Meningitis (Klinger) 638 — (Lagane) 639.
Influenzaähnliche Bazillen bei Meningitis (Progulski) 175.
Influenza, rektale Anwendung der Salizylpräparate (Beally) 633.
Infundibulin, Einfluß auf die Milchsekretion (Scott) 11.
Inguinalhernie (Roughton) 231 (siehe Hernie).
Inkabein (Meyer) 279.
Inkubationszeit bei akuter Kinderlähmung (Schoug) 383, 645.
Innere Sekretion (Murray) 993.
Innere Sekretion der Keimdrüse und Knochenwachstum (Sellheim) 994.
Innere Sekretion, Einfluß der Drüsen mit innerer Sekretion auf die Entwicklung (Gilford) 453.
Institut de Puériculture 764 — (Raimondi) 1023.
Institut de Puériculture à l'Hospice des Enfants-Assistés (Variot) 764.
Intelligenz, Prüfungen (Bloch) 1000 — (Bobertag) 816 — (Chotzen) 1001 — (Kurtze) 816 — (Weigl) 1001.
Intelligenz, Prüfung nach Binet (Bloch) 614 — Prüfungsmethode von Binet-Simon (Chotzen) 816.
Intelligenz, Prüfungen und Intelligenzdefekte (Isserlin) 132.
Intelligenz, Prüfung bei Schwachbegabten (Sullivan) 228

— Prüfungen an abnormen Kindern (Kramer) 1000 — Defekt der schwachbegabten Schulkinder (Schlesinger) 1026.
Intercriocothyreotomie (Denker) 167, 275.
Intertrigo nach Durchfall bei Wiedereintritt der Regel bei der Amme (Variot) 621.
Intoxikation, Wärmestauung und Exsikkation (Heim) 75.
Intoxikation, alimentäre (Brady) 959 — alimentäre in Beziehung zum sympathischen Nervensystem (Hirschfeld) 617.
Intubation (Bemis) 1010 — (Brückner) 275 — (Hoskins) 1009 — (Martin, Darré und Lagane) 1010 — (Waller) 277.
Intubation, Phantom zum Unterricht (Ssokoloff) 158.
Intubation, Dauerintubation (Dupuy) 748.
Intubation bei Diphtherie (Place) 256 — fortgesetzte bei diphtherischer Kehlkopfstenose (Brückner) 634.
Intubation, lokale Behandlung der Dekubitalgeschwüre (v. Bokay) 538, 922.
Intubation, Behandlung der Intubationsstenosen (Wiebe) 553.
Invagination (Ombrédanne) 265.
Invagination, akute unreponierbare (Hughes und Power) 264 (siehe Darm).
Jod, Ausscheidung in der Milch (Löns) 7.
Jod, Pinselung des Rachens zur Beseitigung von Diphtheriebazillen (Strauch) 897.
Jod bei Pertussis (Cavazzani) 251.
Jodmenthol, Injektion bei Tuberkulose (Berliner) 305.
Jodgehalt der Schilddrüse (Fenger) 993.
Jodkalium, interne Behandlung der adenoiden Vegetationen (Roos) 604.
Jodoform, intravenöse Injektionen bei Pertussis (Dewar) 487, 635 — Plombierung bei Tuberkulose (Machard) 654.
Jodtinktur zur Vorbereitung der Operation (Codet-Boisse) 239 — Unschädlichkeit der Hautdesinfektion (Monod) 442, 751 — bei Typhus (Ponticaccia) 256 — Pinselung des Bauchfells bei tuberkulöser Peritonitis (Hofmann) 305.
Joha, Schindlersches (Schmidt) 306 — (Steiger) 306 — (Stroscher) 306.
Ipecacuanha, Wirkung bei Verdauungsstörungen (Rousseau-Saint-Philippe) 620 — duodenale Verabreichung bei Amöbendysenterie (Beck) 633.
Iridectomie bei kongenitalem Hydrophthalmus (Rogatchevsky-Orloff) 274.
Iris, Kolobom (Lindahl) 402.
Iris, Pseudotumor (Ginsberg und Cohn) 401.
Iris, Schlottern infolge Linsenektopie (Bergmeister) 698.
Irrenwesen, Reform (Beyer) 185.
Isoelektrischer Punkt des Kaseins (Michaelis und Pechstein) 8 — (Ylppö) 663.
Isthmusstenose (Erdmenger) 718.
Italien, sanitäre Gesetzgebung und Kindersterblichkeit (Finizio) 281.
Jüdisches Kind (Feldmann) 954.
Jugendfürsorge (Becker) 1021.
Jugendgerichtshilfe, ärztliche (Kesselsdorfer) 547.
Jugendpflege in Triest (Baernreither) 1021.

Kaiserin - Auguste - Victoria-Haus, Bericht 558.
Kakke, Wirkung der Injektion der Milch von Kakkekranken (Sawazaki) 662.
Kala-Azar (Gurko) 637.
Kali, Ausscheidung unter normalen und pathologischen Verhältnissen (Blumenfeldt) 624.
Kalk, Physiologie und Stoffwechsel (Berg) 624 — Stoffwechsel (Voorhoeve) 627 — (Wolff) 13.
Kalk, Bedeutung des Kalkhungers (Dibbelt) 4.
Kalk, Abhängigkeit der Kalkbilanz von der Alkalizufuhr (Dubois und Stolte) 247, 842.
Kalk, Einfluß großer Kalkgaben auf die Kalkbilanz (Voorhoeve) 627.
Kalk, Aufnahme und Verwertung durch den Darm (Zuckmayer) 627.
Kalk, Stoffwechsel bei künstlicher Ernährung (Niemann) 9.
Kalk, Stoffwechsel bei Obstipation und Durchfall (Krone) 626.
Kalk, Stoffwechsel bei Rachitis (Schabad) 248 — Stoffwechsel

und Ätiologie der Rachitis (Dibbelt) 368, 743.
Kalk, Stoffwechsel bei intestinalem Infantilismus (Crudden und Fales) 247, 416, 625.
Kalk, Stoffwechsel bei Pneumonie (Peabody) 248, 417.
Kalk, Stoffwechsel des wachsenden Schweines 368 (Weiser).
Kalk, Stoffwechsel bei Tieren (Steenbock und Hart) 662.
Kalk unter Einfluß flüchtiger Fettsäuren (Bahrdt und Bamberg) 80.
Kalk, Wirkungsweise und Einfluß des Kalkes auf den Hemmungsmechanismus des Herzens (Cazzola) 612.
Kalk, Kalksalze, Einfluß auf die Venentätigkeit (Kastle und Healy) 6.
Kalk, Wirkung der Kalziumsalze bei der Entstehung des Trypsins (Mellanby und Woolley) 626.
Kalk, Gehalt des Gehirns in verschiedenen Altersstufen (Novi) 627.
Kalk, anorganische Kalksalze (van den Velden) 958.
Kalk, Einfluß auf die Knorpelquellung (Wolff) 80 — Verkalkungsvorgänge im Knorpel (Hartmann) 955.
Kalk, Bedeutung für das Wachstum (Crudden) 624 — und Phosphor beim Wachstum (Herbst) 625.
Kalk, Therapie (Saxl) 613.
Kalksalze in der Therapie (Barr) 612.
Kalk, rationelle Medikation (Massan-Dschalalian) 612.
Kalk, therapeutisch wirksame Dosierung von Kalksalzen **(Blühdorn) 185.**
Kalk, Anwendung von Calcium lacticum bei Ernährungsstörungen **(Aschenheim) 229,** 569, 959.
Kalk, Einwirkung der Kalksalze auf den Harn (Röse) 966.
Kalk, Einfluß der Kalksalze auf Konstitution und Gesundheit (Emmerich und Loew) 625, 969.
Kalk, Bedeutung im Organismus nach Aufnahme von Chlorkalzium (Kost) 626.
Kalk, Behandlung der Rachitis (Schloß) 598, 966.
Kalk bei Spasmophilie (Yagi) 248 — Dosierung von Kalksalzen bei Spasmophilie (Blühdorn) 844, 969.
Kalk, Kalktherapie bei Tetanie (Curschmann) 631, 804.
Kalk, Kalziumtherapie bei Urtikaria (Bollag) 873.
Kalk, interne Behandlung des Schnupfens (Januschke) 613.
Kalk, Kalksalze bei Asthma bronchiale (Hofmann) 309 — (Kayser) 309 — Behandlung der Erkrankungen der Atmungsorgane (v. Gieson und Lynah) 721.
Kalkarurie (Voorhoeve) 627.
Kalkoxalat und Milch (Brandeu) 622.
Kalzinose (David) 917 — (Talbot Dodd und Peterson) 1005 — des Unterhautzellgewebes (Weber) 273, 598.
Kalziumchlorid, therapeutische Applikation (Steensma) 361.
Kalorien, Methode bei der Säuglingsernährung (Neff) 243.
Kalorienbedarf künstlich ernährter Kinder (Dennett) 150, 616.
Kalorienwert der Nahrung (Farr) 960.
Kalorimetrie, direkte (Variot und Lavialle) 966 — (Lusk und Riche) 626.
Kälte, Einfluß auf die Zusammensetzung der Milch (Mai) 8.
Kälteindustrie in der Milchwirtschaft (Rendu) 623.
Kampfer, Gefahr der Kampfersalbe bei Einbringung in die Nase (Perrin) 613.
Kankroid der Haut (Hutchinson) 745.
Kapillarerscheinungen an Milch verschiedener Tiere (Kreidl und Lenk) 7.
Karbol, subkutane Injektionen bei Tetanus (Zembrzusky) 301.
Kardiale und pseudokardiale Geräusche (Schlieps) 82.
Kardiozirrhose, Nukleinstoffwechsel (Mauro) 626.
Kardiozirrhose, tuberkulöse (di Cristina) 163.
Karellsche Milchkur bei Herzkranken (His) 6.
Karottensuppe als Säuglingsernährung (Brüning) 615.
Karpalia, überzählige (Fischer) 237.
Kartoffeln als Futter für Milchvieh (Buschmann) 3.

Karzinomatose, metastatische des Herzmuskels (Wagner) 259.
Karzinom, primäres der Leber (Idzumi) 731 — des Uterus (Mergeldberg) 1014 — des Ovariums (Etienne und Aimes) 733.
Kasease, Verdauung von roher und gekochter Milch (Gerber) 963.
Kaseifikation der Milch unter dem Einfluß von Jod (Gerber) 5.
Kasein in Frauenmilch (Gräfingschulte) 5.
Kasein, aschefreies (van Slyke und Bosworth) 964.
Kasein, Chemie (Willheim) 886 — chemisches Studium (Lavialle und Longevialle) 623 — Zusammensetzung und Eigenschaften (van Slyke und Bosworth) 662.
Kasein, Ursprung (Borrino) 2 — (Foa) 4.
Kasein, Verdauung (Uffenheimer) 932 — Magenverdauung (Gaucher) 4 — Verdauung durch Pepsin (van Dam) 3, 367.
Kasein, Hydrolyse (Robertson) 10— Hydrolyse durch Trypsin (Walters) 12.
Kasein, isoelektrischer Punkt (Michaelis und Pechstein) 8 — (Yllpö) 663.
Kasein, Fällungsgrenzen (Liebert) 7.
Kasein, Spaltungsprodukte (Gay und Robertson) 4.
Kasein, Bestimmung (Malenfant) 8.
Kasein, Viskosität von Kaseinsolen (Chick und Martin) 3.
Kasein, Wirkung von Sublimat, Jod und Wasserstoffsuperoxyd (Gerber) 963.
Kasein, pyretogenische Wirkung (Holt und Levene) 623.
Kasein, Antiserum (Klein) 7.
Kasein, Sensibilisierung gegen Kuhmilchkasein (Kassowitz) 6, 79.
Kasein und Oxyprotsulfosäure (Schubertthowna) 11.
Kaseingerinnsel im Säuglingsstuhl (Hess) 660, 888, 965.
Kasein im Säuglingsstuhl (Courtney) 3.
Kaseinangereicherte Kuhmilch (Heim und John) 6, 660.
Kaseinfettangereicherte Kuhmilch, Ausnutzung **(Frank) 151,** 367.
Kaseinkalzium, basisches (Bosworth und van Slyke) 658, 957.
Kaseinmilch (Engel) 348.
Kaseinphosphor, biologische Bedeutung (Lippschütz) 7.
Kassowitz, Nachruf (v. Pirquet) 609.
Katalase der Milch (Splittgerber) 12 — der Kuhmilch (Bertin-Sans und Gaujoux) 245.
Kataloseprobe zur Erkennung von Mastitismilch (Gratz und Varay) 5.
Katarakt, angeborener (Pagenstecher) 747, — (Cantonnet und Schreiber) 273.
Katarakt, angeborener Totalstar (Gilbert) 401.
Katarakt, familiärer angeborener (Rollet und Grenet) 1009.
Katarakt, Genese der angeborenen Stare (Pagenstecher) 402.
Keilbein, Mukozele der Keilbeinhöhle (Rhese) 748.
Keilbeinhöhle, Beziehungen der Affektionen zur Hypophyse (Citelli) 795.
Keimfreie Säugetiere (Küster) 839.
Kellnersche Stärkewerte und Milchproduktion (Jensen) 6.
Keloid der Augenlider bei Masern (Wilson) 425.
Keloidfarben nach luetischem Exanthem (Goldreich) 322.
Kenotoxin, Weichardtsches (Konrich) 815.
Keratitis, interstitielle (Allan) 391, 746 — (Clausen) 401.
Keratitis, luetische (v. Szily) 496.
Keratokonjunktivitis, ekzematöse und Autodarmintoxikation (Colombo) 401.
Keratokonus, Ätiologie (Siegrist) 402.
Keratom, hereditäres (Brauer) 744.
Kernigsches Symptom (Renault und Lévy) 738.
Kernläsion, multiple (Roth) 699, 739.
Kernmangel, angeborener (Ulrich) 1004.
Kieselsäure, Übergang in die Milch beim Sterilisieren in Glasflaschen (Schulz) 11.
Kind in Brauch und Sitte der Völker (Ploss) 183.
Kinderarbeit, gewerbsmäßige (Abelsdorff) 761 — in Ungarn (Heller) 762.

Kinderheilkunde, Bedeutung (Karnitzki) 409.
Kinderheilkunde, Geschichte (Meyer) 119 — Entwicklung (Rhodes) 609.
Kinderheilkunde, Erfahrungen in kleinen Städten und auf dem Lande (Lackey) 609.
Kinderheilkunde, allgemeine Betrachtungen (Holt und Levene) 609.
Kinderheilstätten an den deutschen Seeküsten (Ewald) 1022.
Kinderspital in Lublin (Jasinski) 175.
Kindersport (Neumann-Neurode) 464.
Kindesrecht (Drake) 237.
Kinnfurche, angeborene (Günther) 757.
Kinnscharte, angeborene (Günther) 757.
Klavikula, Osteomyelitis (von Khautz) 751 — akute eitrige Osteomyelitis (v. Khautz) 698.
Klavikula, unerkannte Klavikularfraktur (Gilles und Ducuing) 750.
Kleinkinderfürsorge (Freund) 1022 — (Dörnberger) 761 — (Gottstein) 761 — (in der Gemeinde Gottstein) 1022.
Klimatotherapie (Schmincke) 937.
Klinische Beobachtungen (Brown) 609.
Klumpfuß (Froelich) 1016 — angeborener (Fränkel) 1016 — (Vulpius) 756.
Klumpfuß, doppelseitiger (Judet) 757.
Klumpfuß, Häufigkeit und Ätiologie (Ehrenfried) 756.
Klumpfuß, Behandlung (Schultze) 925 — (Vignard) 1017 — Behandlung des angeborenen (Vulpius) 395.
Klumpfuß, unblutige Behandlung (Dreesmann) 753.
Klumpfuß, Technik des Verbandes (Möhring) 755.
Klumpfuß, Fincksche Methode (Nové-Josserand und Rendu) 278.
Klumpfuß, Arthrodese wegen paralytischen schlaffen Klumpfußes (Vignard) 756.
Klumphand (Codet-Boisse) 756.
Knie, Ossifikation (Delherm) 955 — radiographische Studien über Ossifikation (Poizier) 609.
Knie, kindliche Kniegelenkstuberkulose (Peterka) 716 — Endresultat operierter Kniegelenkstuberkulose (Brandes) 651.
Kniegelenk, kongenitale Luxation (Wachter) 1016 — (Morestin) 278 — (Lazarraga) 1014.
Knochen, Diagnostik der Erkankungen (Little) 239.
Knochen, Wachstum (Dubreuil) 955 — Beeinflussung des Wachstums durch phosphorarme Ernährung (Schmorl) 966 — Wirkung kleiner Phosphorgaben auf die Ossifikation (Autier) 612.
Knochen, Ossifikation der Extremitätenknochen beim Menschen (Puyhaubert) 611.
Knochen, radiologische Studien über Ossifikation des Knies (Poizier) 609.
Knochen, Veränderungen bei Infektionskrankheiten (Fehér) 973.
Knochen, histologische Veränderungen des Knochengewebes bei zerebralen Lähmungen (Pini) 955.
Knochen, Verletzungen (Kirmisson) 276.
Knochen, Brüchigkeit, angeborene (Bamberg) 690 — (Bamberg und Huldschinsky) 735, 859 — Brüchigkeit (Coues) 268 — Brüchigkeit und kongenitale Hüftgelenksluxation (Derscheid-Delcourt) 753.
Knochen, Zyste (Swoboda) 752, 940 — Zyste des Femur (Engelmann) 699.
Knochen, syphilitische Affektion (Fitzwilliams) 164 — hereditäre Spätsyphilis (Benazet) 250.
Knochen, Tuberkulose (Fraser) 584 — Typhus humanus und bovinus bei Tuberkulose (Fraser) 89.
Knochen, Behandlung der Tuberkulose nach Mosetig (Machard) 223.
Knochenmark, Regeneration bei Barlowscher Krankheit (Herzog) 1005 — Veränderungen bei Barlowscher Krankheit (Nobécourt, Tixier und Maillet) 441.
Knochenmark bei Syphilis (Sevestre) 987.
Knorpel, Verkalkungsvorgänge (Hartmann) 955.
Knorpel, Quellung unter Einfluß des Kalkes (Wolff) 80.

Kochkiste als Kühlkiste (Peiser) 243.
Kochsalz, Vergiftung (Campbell) 760.
Kochsalzfieber **(Jörgensen) 386** (siehe auch Fieber).
Kohlehydrat, Stoffwechsel (Elias) 625).
Kohlehydrate, Gewichtsschwankungen bei Kohlehydratentziehung **(Carneiro) 333,** 569, 960.
Kohlehydrate, Eigenschaften und Verwendung (Chapin) 241.
Kohlenoxyd, Übergang von der Mutter auf den Fötus (Nicloux) 238, 358, 967.
Kohlenoxyd, tödliche Vergiftung (Balthazard und Nicloux) 1020.
Köhlersches Knochenbild des Os naviculare (Schultze) 232.
Köhlersche Erkrankung des Os naviculare pedis (Wohlauer) 756.
Kolibazillen (Revis) 10.
Kolibazillen, Infektion des Harntraktus (Gorter) 455 — Infektion der Harnwege (Thomson) 454. Siehe auch unter Harn.
Kolibazillen, Meningitis (Dubois) 973 — in der Zerebrospinalflüssigkeit bei Meningitis (Pearson) 225.
Kolibazillen, diagnostischer Wert der Darmkoliagglutination (Zeiß) 612.
Kolibazillose (Luger) 254.
Kolik und Flatuleszenz (Still) 244.
Kolikanfälle (Hutinel) 996.
Kolitis, akute (Hutinel und Nobécourt) 242, 435, 728 — akute (Mathieu) 729, 996.
Kolloidtherapie bei Masern (Galli) 636.
Kolon, angeborene und erworbene Erweiterung (Friedman) 995.
Kolon sigmoideum, Stenose (Cade, Roubier und Martin) 995.
Kolostrum, Biologie der Kolostrumkörperchen (Thomas) 624 — Biologie und Biochemie (Engel und Bauer) 183, 659.
Kolostrom, hämolytische Wirkung (Köbele) 7 — (Vonnahme) 12.
Kolostrum, Gehalt an Antikörpern (Tunnicliff) 247, 566.
Kolostrum, osmotischer Druck (Capobianco) 658.
Kolostrum, Nährwert (Langstein, Rott und Edelstein) 618, 661.
Kolostrum, Übergang in Milch (Engel und Dennemark) 4.
Kolostrum, Verschwinden bei Wöchnerinnen (Dévillé) 622.
Kolostrum, Spontanserum und Fett (Burr, Berberich und Berg) 658.
Kolostrum, toxischer Charakter (Healy und Kastle) 5, 6 — toxische Wirkung bei Geburtslähmung (Kastle und Healy) 270.
Kompaktainseln (Fischer) 237.
Komplementablenkung bei Pertussis (Netter und Weil) 255 — gegenüber dem Bordet-Gengouschen Bazillus bei Keuchhusten (Weil) 980.
Komplementbindung bei Gonokokkenvaginitis (Smith) 855.
Komplementbindung bei Leishmaniose (Caronia) 723, 972.
Komplementbindung bei Pertussis (Manicatide) 640, 975.
Komplementbindungsmethode zur Feststellung des Frischmilchendseins (Gutticke) 5.
Komplementbindungs-Reaktion bei Diphtheriebazillen (Kolmer) 565 — (Morse) 564.
Komplementbindungs-Reaktion bei Gonorrhöe (Neil) 976.
Komplementbindungs-Reaktion bei Scharlach (Isabolinsky und Legeiko) 975 — der Scharlachstreptokokken (Kolmer) 638.
Kondensierte Milch, Bestimmung des Saccharosegehaltes (Nowak) 9, 246.
Konjunktiva, Erblindung infolge entzündlicher Erkrankung (Cutler) 273.
Konjunktivitis beim Neugeborenen (Ginet und Paillasse) 273.
Konjunctivitis diphtherica und crouposa (v. Hoor) 747.
Konjunctivitis tuberculosa (Adam und Wäzold) 401 — (Möllers) 373 — (Meißner) 402 — (Rosenhauch) 402.
Konservierung der Milch durch wasserstoffsuperoxydhaltige Mittel (Willecke, Schellbach und Jilke) 13.
Konstitution (Bartel) 631 — Bedeutung (de Josselin de Jong) 631 — als Grundlage von Krankheiten (v. Hansemann) 631.
Konstitution und Ernährungsstörungen der Brustkinder (Friedjung) 323, 617.
Konstitution, Blutbild bei lymphatischer (Stieß und Stoerk) 249.

Konstitutionslehre (Bartel) 182.
Konvulsionen (Labourdette und Delort) 270 — Ätiologie (Crandall) 269 — und Diätfehler (Jackson) 270 — und Epilepsie (Marchand) 271. — Siehe auch Spasmophilie.
Kopf, Kopfmasse bei Geistesstörungen (Krueger) 829.
Kopf, Verletzungen (Wilcox) 753.
Kopfschmerz, Semiologie (Périer) 611 — bei akuten Infektionskrankheiten (Roger und Baumel) 643.
Koplik'sche Flecken bei Masern (Massimi) 976.
Kornea, Arcus cornea juvenilis (Attias) 401.
Kornea, kongenital-familiäre Flachheit (Rübel) 402.
Kornea, angeborene Hornhauttrübung (Wittmer) 747.
Kornea der Neugeborenen, Sensibilität und Nervenendigungen (Verderame) 407, 747.
Kornea, Erblindung infolge entzündlicher Erkrankung (Cutler) 273.
Körpergewicht neugeborener Kinder (Hansen) 968.
Körpergewicht und Kohlehydratentziehung **(Caneiro) 333,** 569, 960.
Körperlänge, Verhältnisse der Helsingforser Volksschulkinder (Oker-Blom) 606.
Körperoberfläche, Formel zur Bestimmung (Howland und Dana) 626.
Kostkinder in Rostock (Römer) 1023.
Koxalgische Attacke (v. Friedländer (856, 1012.
Kraftwechsel, Ökonomie (Schloßmann) 571.
Krämpfe (Bregman) 833 — (Blümcke) 1001 — (Gilroy) 1002 — (Stöltzner) 739 — psychasthenische (Volland) 805 — Zusammenhang mit jugendlichem Schwachsinn (Blümcke) 804 — diätetische Behandlung (Grulee) 617. — Siehe auch Konvulsionen und Spasmophilie.
Krampfzustände (Bregman) 801.
Kraniotabes (Silve) 272 — (Silberknopf) 324 — (Monod) 956.
Kraniotabes bei Rachitis in Beziehung zum intrakraniellen Druck (Monod) 743.
Krankenhäuser, Rolle und Aufgabe (Kisselj) 171.
Krankheit und soziale Lage (Mosse und Tugendreich) 708.
Krankheitsentstehung und Krankheitsverhütung (Much) 713.
Kreatinin, Einwirkung von fett- und kohlehydratreicher Nahrung auf Fälle von verzögerter Entwicklung (Crudden) 624 — bei intestinalem Infantilismus (Crudden) 624.
Kreislauf, Physiologie (Rothberger) 706.
Kreosot, Behandlung der Erkrankungen der Atmungsorgane (v. Gieson und Lynah) 721.
Kreosotal (Hunaeus) 198.
Kretinismus (Ducosté) 795 — (Oswald) 993.
Kretinismus, Wasserätiologie (v. Aichbergen) 796 — (Kutschera) 385.
Kretinismus, experimenteller (Tatum) 1004.
Kretinismus, endemischer (Cerletti) 1002.
Kretinismus und Myxödem (v. Jauregg) 182.
Kretinismus und Struma in Tirol und Vorarlberg (v. Stichbergen) 552.
Kriminelle Jugendliche (Martin) 1023.
Krippe (Meier) 1023 — (Passemiers und Duquesne) 763 — (Tilmant) 1024 — im Hospital (Triboulet) 284.
Krippe des Hôpital Hérold (Barbier) 761.
Krippe, gesetzliche Regelung des Krippenwesens (v. Wilmowski) 284.
Krippen, gesetzliche Regelung des Krippenwesens (Rott) 284.
Krippe, Kühlhaltung (Gallois) 1024 — Abkühlung der Krippen zur Prophylaxe der Gastroenteritis (Gallois) 617.
Krippenverband (Rott) 1017, 1024.
Krippe, Zusammenschluß der deutschen Krippen (Boehm) 1021.
Krippe, schwimmende Säuglingskrippen (Tugendreich) 284.
Krüppel (Stein) 755.

Krüppel, Fürsorge (Biesalski) 753. — (Dietrich) 753 — (Heim) 762 — (Lange) 755 — (Rosenfeld) 763 — staatliche Fürsorge (Murtrie) 755.
Krüppel, Fürsorge und Rassenhygiene (Bade) 761.
Krüppel, Fürsorge in Böhmen (Eckstein) 753 — Fürsorge in Deutschland (Biesalski) 753 — Fürsorge in Kalifornien (Murtrie) 755 — Fürsorge in Schweden und Norwegen (Murtrie) 755.
Krüppel, Berufswahl (Ulbrich) 764.
Krüppel, Verhältnis zur Gemeinde (Allison) 761.
Krüppel, Sonderschulen (Stimson) 755 — in englischen Schulen (Murtrie) 755 — Schule in Cleveland (Tuckerman) 755.
Krüppel, künstlerisches Moment im Unterricht (Würz) 767.
Kryptorchismus (Lebedev) 170, 279 — (Schöppler) 267.
Kubitaldrüsen, klinische Bedeutung der Schwellungen (Götzky) 725.
Kuhmilchkasein, Sensibilisierung auf enteralem Wege (Kassowitz) 6. — Siehe auch Kasein.
Kuhpocken, originäre (Paul) 324.
Kupfersulfat, Serum der Milch (Ackermann und Valencien) 245.
Kutis, kongenitale Defekte (Weintraub) 875.

Lab, pflanzliches Labferment (Castex) 206 — Wirkung des Milchsaftes der Euphorben (Gerber) 659.
Lab, Bestimmung des Wirkungswertes (van Dam) 3.
Lab, Einfluß des Speichels (Allaria) 1.
Lab und Pepsin (Rütimeyer) 11 — Trennung von Pepsin durch elektrischen Strom (Burge) 3.
Lab, Immunisierung gegen Lab (Hedin) 5.
Lab, Einfluß der Salze (Kent) 6.
Lab, Einfluß der Behandlung der Milch und ihre Labfähigkeit (Müller) 9, 246, 366.
Lab, Milchgerinnung (Mellanby) 8, 246.
Lab, spezifische Hemmung (Hedin) 5 — Milchlabhemmprobe (Pallmann) 9.
Lab in der Diätetik des Säuglings (Castex) 3.
Lab, Magenverdauung der Wiederkäuer (Belgowski) 2.
Laboe-Merrah-Kerne (Scheltema) 701.
Labyrinth, Erkrankung und Augenanomalie (van der Hoeve) 1009.
Labyrinth, hereditäre Syphilis (Siebenmann) 650.
Lakanz, Follikulin (Boas) 198.
Laktagoga (Fredemann) 474 — (Lanzun-Brown) 146 — Plazentarhormone (Niklas) 964.
Laktation außerhalb der Wöchnerinnenzeit (Reynier) 246 — Einfluß (Oliver) 619 — Einfluß der Thyreoidea (Thompson) 994 — Stoffwechsel (Dienes) 965.
Laktase, animale (Stephenson) 662.
Laktobazillen (Barthel) 657.
Laktobazilline (Fuß) 612.
Laktose (Kühl) 7, 247 — Ursprung (Foa) 4 — der Frauenmilch (Lust) 8.
Laktose, Bestimmung (Kretschmer) 623 — (Malenfant) 8 — (Sulkowski) 11, 366 — (Yagi und Yamamoto) 663.
Laktose, Bestimmung durch Fällung mit Ammoniumsulfat (Kretschmer) 660 — Einfluß des Ammoniumsulfates bei der polarimetrischen Bestimmung (Jahnson-Blohm) 660.
Laktose, Bestimmung in Frauenmilch (Denigès) 4, 622.
Laktose, Bestimmung in kondensierter Milch (v. Fellenberg) 659.
Landerziehungsheim (Lietz) 461 — (Lietz und Sexauer) 762.
Landkartenzunge (Groos) 970.
Langerhanssche Inseln (Wilms) 266.
Larosan als Ersatz der Eiweißmilch (Stoeltzner) 363, 662 — (Forcart) 473, 659.
Laryngitis (Phillips und Ruh) 383 — subchordalis acuta (Brandenburg) 383.
Laryngoskopie (Smith) 1015 — direkte (Paunz) 748.
Laryngospasmus, Bromkalziumbehandlung (Grünfelder) 574, 631 — nach intranasaler Einträuflung von resorzinhaltigem Öl (Raillet) 748.
Laryngotomie bei Papillomen (Fontaine) 748.
Larynx, Papillome (Chiari) 1011 — diffuse rezidivierende Papil-

lome (Halphen und Fontaine) 1009.
Larynx, Angiom (Phillips und Ruh) 383.
Larynx, Fremdkörper (Smith) 1015.
Larynx, Diphtherie (Mann) 640 — Diagnose und Behandlung der Diphtherie (Hill) 253 — Behandlung der Diphtherie (Farmer) 252 — Kehlkopfdiphtherie (Greenwell) 637.
Larynx, Stenose (Buday) 1018 — kongenitale Stenose (Dupuy) 748 — Stenose und Intercricothyreotomie (Denker) 275 — Verhütung der Kehlkopfstenose (Fischer) 635.
Larynx, angeborene Zysten (Schneider) 749.
Lateralsklerosen amyotrophische (Deutsch) 700.
Lävulosurie, alimentäre (Retzlaff) 966.
Lebensfähigkeit der Säuglinge (Coit) 201, 281.
Lebensmittelverkehr, Ersatzstoffe (Behre) 2.
Leber, Fett bei Atrophie und Inanition (Hayashi) 965.
Leber, leichte Störungen (Mauban) 731.
Leber, Demonstration (Lucksch) 731.
Leber, akute gelbe Atrophie (Huber) 266.
Leber, Zirrhose (Huguenin) 997 — (Kassel) 731 — (Whipple) 720 — Zirrhose nach Weingenuß (Variot und Cailliau) 266 — Zirrhose und Hämatemesis (Davison) 266, 437 — Zirrhose bei Splenomegalie (Cattoretti) 732 — Zirrhose und Nephritis bei Kaninchen (Martin und Pettit) 8.
Leber, tuberkulöse Erkrankung (Ceelen) 162, 251.
Leber, hereditäre Spätsyphilis (Espil) 648 — Gefäßerkrankung bei kongenitaler Lues (Lühmann) 649.
Leber, bei Erysipel (Hildebrandt) 95.
Leber, Nekrosen beim Neugeborenen (Amsler) 266.
Leber, Abszeß (de Elizalde) 731 — postappendikulärer Abszeß (Lepetit) 731 — Abszeß beim Neugeborenen (Mensi) 266.
Leber, hypertrophische Stenose (Fredet und Tixier) 266.
Leber, primäres Karzinom (Idzumi) 731.
Leber, Mißbildung (Bolaffi) 996.
Lebertran bei Rachitis (Schloß) 598, 966 — bei Rachitis (Schabad und Sochorowitsch) 879.
Leedesches Phänomen (Beck) 970. — Siehe Scarlatina.
Lehrbuch der Kinderheilkunde (v. Bokay und Flesch) 237.
Lehrbuch, Einführung in die moderne Kinderheilkunde (Salge) 607.
Lehrbuch der Pädiatrie (Karnitzki) 237.
Lehrbuch der Säuglingernährung (Nobécourt) 137.
Lehrbuch, Thérapeutique infantile (Bosc) 463.
Lehrbuch, Technique chirurgicale infantile (Ombrédanne) 234.
Lehrbuch der Sprachheilkunde (Fröschels) 703.
Lehrbuch der Physiologie des Menschen (Zuntz und Loewy) 466.
Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden (Sahli) 141.
Lehrbuch, Theorie und Praxis der inneren Medizin (Kindborg) 462.
Lehrbuch der Nervenkrankheiten (Peritz) 701.
Lehrbuch der Pharmakologie (Poulsson) 467.
Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten (Jessner) 187.
Lehrbuch, Krankheit und soziale Lage (Mosse und Tugendreich) 466.
Lehrbuch, Grundriß der sozialen Hygiene (Fischer) 466.
Lehrbuch der Physik (Lecher) 189.
Leibesübungen, Physiologie (Lagrange) 140.
Leibschmerzen (Kerr) 239 — im Säuglingsalter (Pritchard) 611.
Leishmaniose **(Jemma) 659,** 261, 724, 974 — (Caronia) 261, 433 — (Spolverini) 979.
Leishmaniose, Temperaturkurven (Caronia) 723, 972.
Leishmaniose, anatomische Veränderungen (Lombardo) 724.
Leishmaniose, Schwankungen des Leukozytengehaltes (Longo) 724.

Leishmaniose, Reizbarkeit der Leukopoese (Longo) 724.
Leishmaniose, Leukozyteneinschlüsse (Cannata) 723.
Leishmaniose, Leukozytenreaktion (di Cristina) 261.
Leishmaniose, Blutuntersuchung (Cannata) 261.
Leishmaniosis, Verhalten der Blutplättchen (Cannata) 971.
Leishmaniosis, serologische Untersuchungen (di Cristina und Caronia) 972.
Leishmaniosis, Komplementbindungsvermögen des Blutserums (Caronia) 972.
Leishmaniosis, spezifische Agglutinine und Präzipitine (Caronia) 972.
Leishmaniose, Immunodiagnostische und immunotherapeutische Versuche (Longo) 261.
Leishmaniose, Anaphylaxie (Caronia) 723.
Leishmaniosis, Behandlung mit Arsenobenzol (Wagon) 980.
Leishmaniose, Heilung (Petrone) 261.
Leishmaniose beim Hund (Jemma) 724.
Leistenschädel (Kato) 757.
Leitfähigkeit und Schwankungen im Eiweißgehalt beim Säuglingsblute (Hagner) 723.
Lepra, Heredität (Barbézieux) 1018 — Vererblichkeit (Sugai und Monoba) 901.
Lernen, Morgen- und Abendlernen (Lay) 815.
Leukämie (Loewenstein) 991.
Leukämie, Benzolbehandlung (Türk) 261.
Leukämie, akute (Tschebotarewskaja) 153 — tödliche, akute (Bézy) 723.
Leukämie, lymphatische 992 — akute lymphatische (Strauch) 261, 384, 724.
Leukämie, myeloide (Treadgold) 724, 906.
Leucaemia nodosa (Ward) 262.
Leukämie, noduläre (Calwell und Thomson) 724 — (Ward) 207.
Leukozyten verschiedener Altersstufen (Rabinowitsch) 145, 238.
Leukozyten, eosinophile im Blut (Živkovic) 238 — Reaktion bei Leishmaniose (di Cristina) 261.
Leukozyten, Wirkung subduraler Injektion auf tuberkulöse Meningitis (Mauwaring) 89.
Leukozyten, Einfluß auf die Reaktion der Milch (Frick) 4.
Leukozytenprobe zur Erkennung von Mastitismilch (Gratz und Varay) 5.
Leukozyten, Resistenzfähigkeit bei Albuminurie (Roux) 999.
Leukozyten, phagozytäre Kraft bei Masern (Tunnicliff) 258, 579.
Leukozyteneinschlüsse (Bongartz) 848 — (Nicoll) 849 — (Schippers und de Lange) 848.
Leukozyteneinschlüsse bei Leishmaniosis (Cannata) 723.
Leukozyteneinschlüsse (Bongartz) 159, 425, 633 — bei Scharlach (Belàk) 377, 633 — (Brinchmann) 576 — (Cummins) 425, 575, 634 — (Glomset) 158, 252, 576 — (Granger und Pole) 252, 377 — (Gromski) 174 — (Kolmer) 638 — (Kretschmer) 376 — (Lippmann und Hufschmidt) 639 — (Massini) 976 — (Nicoll) 642 — (Pappenheim) 642 — (Schippers und de Lange) 257, 377, 644 — (Schwenker) 576, 645, 875.
Lichtbehandlung der chirurgischen Tuberkulose (Hagemann) 585 — (Vulpius) 584.
Lichtbrechung der Tetraseren (Kappeller) 660.
Lidspalte, Anomalie (Elsching) 401.
Lingua geographica (Jellinek) 874.
Linkshändigkeit und Epilepsie (Redlich) 805.
Linse, Ektopie (Bergmeister) 746 — angeborene beiderseitige Ektopie mit Irisschlottern (Bergmeister) 698.
Linse, kongenitale Verlagerung (Beauvieux) 274.
Linsenkern, progressive Entartung (Chermitte) 912.
Lipase, pankreatische bei akuten Darmstörungen (Heß) 626.
Lipojodin, Ausscheidung des Jods in der Milch (Löns) 7.
Lipoide der Gravidität (Herrmann und Neumann) 476.
Lipoide und Wachstum (Collum und Davis) 616.
Lipoidgehalt des Blutes von Frauen und Neugeborenen (Herrmann und Neumann) 357.

Lipolytisches Milchferment (Davidsohn) 622, 658.
Lipom, kongenitales des Rückens (Bernheim-Karrer) 750.
Lipom, symmetrisches der Fußsohle (Variot und Monod) 1016.
Lipomatose des Rückenmarks (Wolbach und Millet) 753, 1004.
Lippe, Hemispasmus (Guily) 270 — Hemispasmus der Unterlippe (Variot, Bonnoit und Gailliau) 271.
Littlesche Krankheit (Adeline 736 — (Gaugele und Gümbel) 1002 — (Künne) 738 — (Rich) 99, 739, 796 — (Savariaud) 1004.
Littlesche Krankheit, Übungsbehandlung (Hertzell) 857.
Littlesche Krankheit, angeborene Luxation des Radiusköpfchens (Künne) 738.
Littlesche Krankheit und Syphilis (Babonneix und Tixier) 647.
Livedo (Comby) 390.
Logopädie, Lehrbuch (Fröschels) 703.
Lordose und Albuminurie (Weith und Scholder) 735.
Lordotische Albuminurie (Dietl) 490, 733 — (Gasbarrini) 733 — (Weith und Scholder) 735, 953.
Luetinreaktion Noguchis (Boas und Ditlevsen) 873.
Luft, Luftschlucken (Usener) 210.
Lumbalabszeß, Pottscher (Poucel) 752.
Lumbalpunktion (Fischer) 239 — (Steininger) 239 — (Wynkoop) 612.
Lumbalpunktion bei Polyneuritis und Poliomyelitis (Hoff) 737.
Lumbalpunktion bei meningealer Hämorrhagie (Gilles) 270.
Lumbalpunktion bei Zerebrospinalflüssigkeit (Paradaens) 642.
Lunge, mikroskopische Untersuchungen beim Neugeborenen (Nippe) 760.
Lunge, Erkrankungen im Kindesalter (Williams) 722.
Lunge, Hammergeräusche und Plätschergeräusche (Bouthière und Nevière) 989.
Lunge, Abszeß (Czaplicki) 174 — Abszeß durch Pneumokokken (Barrington-Ward) 720.
Lunge, Infarkt durch Thrombose (Porak) 256.
Lunge, Fibrose (Miller) 260 — (Neaye) 721.
Lunge, Lymphdrüsen (Hovelacque) 237.
Lunge, Gangrän (Bonnet) 989.
Lunge, Gefahrperioden bei Lungenkrankheiten (Williams) 905.
Lunge, vom Nabel ausgehende Erkrankung (Bonnaire und Durante) 989.
Lunge, umfangreicher Herd mit körnigem Kalkgerüst (Rach) 722, 940.
Lunge, chronische nichttuberkulöse Prozesse (Lederer) 721, 854.
Lunge, Blähung bei alimentärer Intoxikation **(Bauer) 510**, 504, 988.
Lunge, Prophylaxe und Ernährungstherapie der Lungenerkrankungen (Vogt) 154, 722.
Lunge, röntgenologischer Nachweis des primären Herdes bei Bronchialdrüsentuberkulose (Simon) 717.
Lunge, Tuberkulose (Lederer) 982 — (van Pée) 983 — (Ribadeau-Dumas, Weil und Maingot) 983 — (Ségard) 984.
Lunge, Tuberkulose mit Mischbakterien (Ager) 903.
Lunge, chronische Lungentuberkulose (Haushalter und Remy) 982.
Lunge, Klinik und Pathologie der Lungentuberkulose **(Lederer) 211,** 982 — Klinik und Pathologie der Lungentuberkulose **(von Konschegg und Lederer) 140,** 982.
Lunge, Diagnose der Lungentuberkulose (Lees) 449.
Lunge, ärogene oder hämatogene Entstehung der Lungenspitzenphthise (Bacmeister) 584.
Lunge, mechanische Disposition zur tuberkulösen Phthise (Schultze) 717 — Tuberkulose und Anomalie des ersten Rippenringes (Schultze) 717.
Lunge, diagnostische Studien über Lungentuberkulose (Ribadeau-Dumas und Debré) 716.
Lunge, die ersten Zeichen der Lungentuberkulose (van Pee) 449.
Lunge, primärer tuberkulöser Herd (Zarfl) 219 — Tuberkulose,

erste Lokalisation (Leroux) 982 — primäre Lokalisation der Lungentuberkulose (Ribadeau-Dumas) 256, 716 — (Rist) 716.
Lunge, primäre käsige Lungentuberkulose (Rist und d'Oelsnitz 983.
Lunge, tuberkulöse Lungensklerose mit Bronchiektasie (Barbier) 651.
Lunge, Röntgenerscheinungen bei frühzeitiger Lungentuberkulose (Bythell) 651.
Lunge, Röntgendiagnostik der Lungentuberkulsoe (Rach) 716.
Lunge, radiologisches Studium der Tuberkulose (Ribadeau-Dumas, Weill und Maingot) 256 — (Rist) 256.
Lunge, Röntgendiagnose der miliaren Lungentuberkulose (Decloux und Ribadeau-Dumas)652.
Lunge, Behandlung der Lungentuberkulose (Galliot) 421.
Lunge, Behandlung der Tuberkulose mit Mischvakzinen (Ager) 903.
Lunge, Behandlung der Lungentuberkulose mittels der Ferrierschen Methode (Galliot) 652.
Lunge, Behandlung der Lungentuberkulose mit dem Marmorekschen Tuberkuloseserum (Gaussel) 652.
Lunge, Wirkungen des Paratoxins bei Lungentuberkulose (Vandeputte) 984.
Lunge, Tuberkulose; moderne Bekämpfung (Nietner) 982.
Lungen- und Drüsentuberkulose, Röntgenuntersuchung (Ségard) 717.
Lunge, Kreosot- und Kalziumbehandlung der Erkrankungen der Atmungsorgane und der Lungentuberkulose (v. Gieson und Lynah) 721.
Lunge, Einfluß des Darmkatarrhs und der hereditären Syphilis auf das Lungengewicht (Giedgowd) 176.
Lunge, chronische Pneumokokkeninfektion (Sutherland und Jubb) 990.
Lunge, chronische diphtherische Infektion (Schmidt) 380.
Lunge, Komplikationen bei Scarlatina (Porak) 256.
Lunge, Neubildung (Ashby) 1010.
Luxation, sterno-klavikuläre (Gourdon) 1012.
Luzerne als Ursache der Diarrhöe (Blum) 615.
Lymphadenoide der Tonsillen (Renault und Cain) 262.
Lymphatische Erkrankungen (Sanger) 249.
Lymphatische Konstitution, Blutbild (Siess und Stoerk) 249, 477 — Konstitution, Bedeutung für den Verlauf der Krankheiten (Unterberger) 632.
Lymphatismus (Galup) 631 — (Hart) 970 — Bedeutung für Gallensteinbildung (Zellweger) 997.
Lymphbahn des oberen Endes der Tibia (Rouvière und Houdard) 955.
Lymphdrüsen, Behandlung skrofulöser Halslymphdrüsen (von Mutschenbacher) 992.
Lymphdrüsen, Tuberkulose der tracheo-bronchialen (Albrecht und Arnstein) 651. — Siehe Tuberkulose.
Lymphdrüsen, Schwellung der tracheo-bronchialen nach Keuchhusten (Goubau) 974.
Lymphgefäße, makroskopische Anatomie (Hovelacque) 237.
Lymphsarkom, retroperitoneales (Hill)101, 276.

Madelungsche Deformität des Handgelenkes (Melchior) 1019.
Magen, Entwicklung beim menschlichen Embryo (Boppe und Augier) 609 — Form des embryonalen Magens (Lewis) 628.
Magen, Lage in Zusammenhang mit der Haltung (Sever) 956.
Magen, Röntgenuntersuchung (Alwens und Husler) 609 — röntgenologische Studien (Leven) 729 — (Major) 729 — Röntgenuntersuchung der Motilität (Ladd) 729, 840, 865.
Magen, Physiologie (Pisek und Le Wald) 265.
Magen, Physiologie und Chemie der Verdauung (Eastman) 241.
Magen, Chemismus (Davidsohn) 77 — (Tobler) 12, 77.
Magen, Mechanismus (Davidsohn) 4.
Magen, Funktion des normalen (Pisek und Le Wald) 201.
Magen, Magendarmfermente und Molke (Davidsohn) 658.
Magen, Saftsekretion bei Bandwurm (Gröhnberg) 728.

Magen, Salzsäure (Salge) 11, 77 — freie und gebundene Salzsäure (Christiansen) 367.
Magen, Verdauung der Milch (Filippi) 622.
Magen, Anregung der verlangsamten Funktion durch Zugabe von Rohmilch (Fécamp) 616.
Magen, Einfluß infizierter Milch auf das Bakterienwachstum (Hanssen) 613.
Magen, flüchtige Fettsäuren im Inhalt (Huldschinsky) 205.
Magen, Entwicklung des Sanduhrmagens (Schäfer) 148.
Magen, Dilatation infolge Unterernährung (Variot und Barret) 244.
Magen, Ektasie und Rachitis (Vanlair) 1007.
Magen, Ulcus (Cachovic) 727 — perforiertes Ulkus (Duckett) 995 — Geschwüre bei Melaena neonatorum (Zadek) 245.
Magen, Haarball (Barling) 994.
Magen, Diphtherie (Tylecote) 646, 896.
Magermilch, gewässerte (Bremer) 3.
Magnesium, Stoffwechsel bei Pneumonie (Peabody) 248, 417.
Magnesium, Stoffwechsel des wachsenden Schweines (Weiser) 368.
Magnesium, Stoffwechsel bei intestinalem Infantilismus (Crudden und Fales) 625.
Magnesium, Gehalt des Gehirns in verschiedenen Altersstufen (Novi) 627.
Magnesiumsulfat bei Chorea (Caronia) 269.
Magnesiumsulfat bei spasmophilen Krämpfen **(Berend) 269,** 522, 969 — Behandlung der Spasmophilie **(Blühdorn) 562.**
Magnesiumsulfat bei Tetanus (Parker) 256, 301 — intraspinale Injektionen bei Tetanus (Tidy) 979.
Makrodaktylie (Horand) 279 — (Schmid) 1020.
Makroglossie (Schäfer) 759 — kongenitale (Hayashi) 264.
Maltafieber (Longo) 639 — bei Säuglingen (Luna) 640 — Wert der Agglutination des Micrococcus Melitensis (Martel, Tanon und Chrérien) 613.
Maltose in der Säuglingsernährung (Morse) 619.
Maltose und Dextrine bei Säuglingsernährung (Southworth) 74, 244.
Malznahrung (Veras) 884.
Malztropon, Einfluß auf die Milchsekretion (Hüet) 700.
Malaria (Mouriquand, Dujol und Santy) 641 — kongenitale (Tissier und Brumpt) 979 — bei Neugeborenen und in der ersten Kindheit (Fragale) 635 — beim Kind (Gagnoni) 636.
Malaria, Übertragbarkeit (Facciolà) 973.
Malaria durch Röntgenstrahlen geheilt (Bottelli)633.
Mamilla, Abszeß (Condamine) 750.
Mamma, innere Sekretion (Adler) 1 — (Albrecht) 992 — (Healy und Kastle) 5 — (Scherbak) 11 — (Schippmann und Vystavel) 662, 727.
Mamma, Einfluß des Hypophysen und Corpus luteum Extraktes (Schaper) 662.
Mamma, Beziehung zum Corpus luteum (O'Donoghue) 9.
Mamma, Einfluß der Ovarien auf das Wachstum der Brustdrüse (Schickele) 994 — innersekretorische Beziehungen zum Ovarium (Cohn) 658, 726.
Mamma, Entwicklung während der Schwangerschaft (Bouin und Ancel) 2, 609 — Hypertrophie im Verlauf der Schwangerschaft (Marchal) 238.
Mamma, Sekretion ohne Schwangerschaft (Oliver) 146.
Mamma, Genese der defekten (Walther) 760.
Mamma, Stellung der Wiege als Faktor bei der Asymmetrie (Variot) 663.
Mamma, Hypertrophie (Juhle) 618.
Mamma, Milchabsonderung beim Säugling (Valley) 611.
Marantische Thrombose nach tuberkulöser Peritonitis (Vogel) 115, 118.
Marasmus (Little) 243.
Marschhämoglobinurie (Jehle) 490.
Massage (Phail) 198 — (Philips) 613, 1017 — Technik (Hoffa) 189 — Technik (Joachimstal) 189.
Mast, Einfluß einseitiger (Kleinert) 865.

Mastitis beim Neugeborenen (Pallesen) 642.
Mastitis puerperalis (Nohl) 642.
Mastitis, hämolytische Wirkung der Mastitismilch (Moser) 9.
Mastitis, Streptokokken (Gohr) 617 — Untersuchung über Streptokokken (Gminder) 5.
Mastitis in Beziehung zur Milchhygiene (Trommsdorff) 12.
Mastitis und Stillen (Heydolph) 691.
Mastitismilch, Brauchbarkeit der Katalase-, Reduktase- und Leukozytenprobe (Gratz und Varay) 5.
Mastoiditis mit Sepsis und Tetanussymptomen (Nicoll und Fiedler) 273, 274.
Masturbation (Green) 270.
Maternity Benefit in England (Vaudescal) 397.
Maul- und Klauenseuche, Veränderungen der Milch (Honigmund) 6, 963 — (Martin) 8 — (Mezger, Jesser und Hepp) 964.
Meckelsches Divertikel, offenes (Stierlin) 759 — Persistenz eines am Nabel offen mündenden (Kirmisson) 729.
Meckelscher Divertikel und Ileus (Mugia) 1014 — Ileus durch Obliteration eines Meckelschen Divertikels (Bien) 489, 727 — und Darmokklusion (Nieto und Prat) 729.
Meckelscher Divertikel, Entzündung und Appendizitis (Guibé) 1012.
Mediastinalerkrankungen, Radiographie und Radiotherapie (Ribadeau-Dumas, Weill und Samet) 992.
Mediastinitis, chronische (Oliari) 725.
Mediastinum, Emphysem bei Pneumonie (Gielczynski) 175 — maligner Tumor (Hallé und Salin) 750.
Medizinische Terminologie (Guttmann) 714.
Meerwasser, Injektion bei chronischer Enteritis (Amyot) 264.
Megaduodenum (Mensi) 264.
Megaileum (Mensi) 264.
Megakolon (Cade, Roubier und Martin) 995 — (Fago) 756 — (Mauclaire) 264 — (Navarro) 729. Siehe auch Hirschsprungsche Krankheit.
Megaloblastische Degeneration bei myeloider Leukämie (Treadgold) 724.
Mehl, mykologische und bakteriologische Untersuchung der Kindermehle (Kühl) 618 — Mißbrauch der Nährmehle (Rousseau-Saint-Philippe) 244.
Mehlnährschaden (Frank und Stolte) 617, 839.
Mehr Sonne (Wolff) 557.
Mekonium, Ausstoßung während der Geburt (Altenbach) 628 — verzögerter Abgang (Soldin) 630 — spektrophotographische Untersuchungen (Lewin) 204 — Flecke (Dervieux und Leclercq) 760.
Melaena neonatorum (Blühdorn) 153 — (Joelsohn) 629 — (Lövegren) 618, 889 — (Petzold) 969 — (Reinach) 335 — (Siedlecki) 172 — (Vidal) 244 — (Vorpahl) 476 — (Whipple) 720.
Melaena neonatorum, Entstehung durch retrograde Embolie (Wolff) 245, 369, 630.
Melaena neonatorum, hämorrhagische Erosionen und Magengeschwüre (Zadek) 245.
Melaena neonatorum, Behandlung mit menschlichem Blutserum (Nicholson) 291 — Serumtherapie (Franz) 291, 369, 617 — Injektionen von menschlichem Normalserum (Franz) 968 — Injektion von defibriniertem Menschenblut (Merckens) 573, 618.
Melaena neonatorum, Volvulus als Ursache (Nürnberg) 968.
Melaena bei Pleuropneumonie (Bellinato) 718.
Melken (Lalim und Grande) 661 — und Melkmaschinen (Macdonald) 8.
Melkmaschine (Klein) 7.
Melubrin (Keuper) 470 — als Fiebermittel und gegen Gelenkrheumatismus (Hoppe) 301 — bei akutem Gelenkrheumatismus (Neukirch) 301.
Meningeale Affektionen, Kontraktur (Renault und Lévy) 738.
Meningeale Zustände (Dufour) 737.
Meningeale Blutungen (Doazan) 718 — Blutungen bei Neugeborenen (Thibault) 630 — Blutungen, subarachnoideale (Griolet) 718.

Meningen, Permeabilität (Squarti) 956.
Meningitis, Diagnose und Behandlung (Lucas) 271.
Meningitis, Diagnose mittels Taurocholnatriumreaktion (Danielopolu) 492.
Meningitis, Atropinprobe (Roch und Cottin) 786.
Meningitis, Dränage der Cisterna magna (Haynes) 270, 389.
Meningitis, Vakzinebehandlung (Frost) 612.
Meningitis, subdurale Leukozyteninjektion bei experimenteller Meningitis (Manwaring) 640.
Meningitis, Statistik (Geolkver) 974 — (Haushalter und Rémy) 974.
Meningitis (Arrospida) 269 — (Reichmann und Rauch) 902 — im Säuglingsalter (Smith) 645 — (Smith und Woodforde) 271.
Meningitis verschiedener Art (Lucas) 226.
Meningitis, akute (Brelet) 251 — (Scheltema) 701.
Meningitis, heilbare (Comby) 269 — (Winkler und van West) 740.
Meningitis, foudroyante beim Säugling (Ribadeau-Dumas, Debré und Wolffromm) 271, 1004.
Meningitis, craniospinale (Davies) 226.
Meningitis spinalis chronica (Schümer) 356.
Meningitis granulosa, Benzinlampe zur Diagnose (Pujador) 612.
Meningitis, seröse (Jona) 270 — (Schwartz) 1004 — serosa interna (Homén) 604 — serosa, rezidivierende (Weitz) 786.
Meningitis purulenta (Bonhoff und Esch) 786.
Meninigtis in Beziehung zur Poliomyelitis (Netter) 642.
Meningitis tuberculosa (Koch) 481, 653 — (Guinon und Grenet) 786 — (Mandelbaum) 482 — (Rhein) 716 — (Salin und d'Allaines) 644 — (Smith und Woddforde) 439 — basilaris posterior (Gastier) 786 — hämorrhagische tuberkulöse (Fairise und Rauch) 981.
Meningitis, tuberkulöse Entstehungsbedingungen (Koch) 220.
Meningitis, tuberkulöse; Tuberkelbazillen in der Zerebrospinalflüssigkeit (Fragale) 652.
Meningitis, retrogressive Tuberkulose (Brooks und Gibson) 420.
Meningitis, tuberkulöse; Symptome (Périer) 715.
Meningitis tuberculosa, Hirnblutung (Borck) 651.
Meningitis tuberculosa, allgemein verbreitetes Emphysem (Klose) 653.
Meningitis tuberculosa, Gleichgewichtsstörungen (D'Espine) 652.
Meningitis, Glykosurie bei tuberkulöser Meningitis (Frew und Garrol) 888.
Meningitis tuberculosa, Röntgenuntersuchungen (Woodruff) 984.
Meningitis, tuberkulöse; Benzintaschenfeuerzeug zur Diagnose (Pujador) 983.
Meningitis, tuberkulöse; Behandlung mit intralumbalen Antituberkulinseruminjektionen (Gueit) 653.
Meningitis tuberculosa, Wirkung subduraler Injektion von Leukozyten (Mauwaring) 89.
Meningitis, tuberkulöse; plötzlicher Tod (Luna) 254.
Meningitis tuberculosa, geheilte (Cottin) 786 — Heilbarkeit (Hochstetter) 221.
Meningitis cerebrospinalis (Azéma und Pla) 736 — zerebrospinale (Babaud) 250 — (Barnes) 250, 970 — (Fischer) 973 — (Herold) 637 — (Hirschberg) 637 — (Koplik) 638, 849 — (Levy) 254 — (Morquio) 976 — (Ogan) 977 — (Paridaens) 642 — (Permelee) 427, 643 — (Sano) 978 — (Slataper) 645 — (Thayer) 646 — (Triboulet, Debré und Paraf) 646 — (Wesson) 647 — (Williams) 647.
Meningitis cerebrospinalis, Infektionsmodus (Bovaird) 225, 633.
Meningitis cerebrospinalis, Diagnose (Bass) 632 — Diagnose (Grysez) 786 — Differentialdiagnose (du Bois) 971.
Meningitis, zerebrospinale; Differentialdiagnose und Behandlung (Dubois) 482.
Meningitis, zerebrospinale; prophylaktische Impfung (Black)

579 — (Sophian und Black) 94, 645.
Meningitis cerebrospinalis, antianaphylaktische Vakzination (Netter) 255.
Meningitis cerebrospinalis, Behandlung mit Wrightscher Autovakzine (Mazzitelli) 640.
Meningitis cerebrospinalis, Serotherapie (Clark) 634 — (Duthoit) 252 — epidemische, Serumbehandlung (Flexner) 579, 850, 973 — cerebrospinalis, Serumbehandlung (Green) 636 — (Ong) 977.
Meningitis, Anwendung des Flexnerschen Meningitisserums (Hirsch) 483.
Meningitis cerebrospinalis, subkutane Injektionen von Flexnerschem Serum (Fievez) 635 — cerebrospinalis, Seruminjektionen in die Seitenventrikel (Levy) 95.
Meningitis cerebrospinalis mit Antimenningokokkenserum (Gaujoux) 636.
Meningitis cerebrospinalis, Darm bei foudroyant verlaufender Genickstarre (Göppert) 636.
Meningitis cerebrospinalis, psychische Störungen (Paisseau) 255.
Meningitis cerebrospinalis, Taubheit (Gradenigo) 974 — progressive doppelseitige Taubheit (Davis) 972.
Meningitis cerebrospinalis, Krankheitserreger bei sporadischen Fällen (Silvestrini) 645.
Meningitis cerebrospinalis durch einen polymorphen Kokkus (Chevrel und Bourdinière) 634.
Meningitis durch Meningokokken (Guinon und Grenet) 786.
Meningitis durch Parameningokokken (Méry, Salin und Wilborts) 641 — (de la Rivière) 643.
Meningitis durch Pseudomeningokokken (Ménétrier und Brodin) 641 — (de la Rivière) 643 — (Salin und d'Allaines) 644 — durch Pseudomeningokokken und durch Parameningokokken (de la Rivière) 635.
Meningitis durch Kolibazillen (Dubois) 973 — (Smith und Woodforde) 439 — Kolibazillen in der Zerebrospinalflüssigkeit (Pearson) 225.
Meningitis, durch Pneumokokken (Cumming) 427 — (Dollinger) 580, 973 — (Dujol) 252 — (Voisin und Stévenin) 979 — mit normaler Zerebrospinalflüssigkeit (Brady) 633.
Meningitis durch Bacillus proteus (Ross) 440.
Meningitis durch einen Bazillus aus der Proteusgruppe (Ross) 644.
Meningitis bei Influenza (Klinger) 638 — (Lagane) 639.
Meningitis durch influenzaähnliche Bazillen (Progulski) 175.
Meningitis, durch Pseudoinfluenzabazillen (Bujak) 172.
Meningitis durch Pfeiffersche Bazillen nach Poliomyelitis (Haushalter und Jacquot) 974.
Meningitis cerebrospinalis durch Weichselbaumschen Diplokokkus (Mazzitelli) 640.
Meningitis durch Typhusbazillen (Lyall) 427, 580, 640.
Meningo-Enzephalitis, syphilitische gummöse (Baumel und Gueit) 647.
Meningokokken, Sepsis (Triboulet, Debré und Paraf) 646.
Meningomyelitis, syphilitische (Lesage und Collin) 649.
Meningozele occipitalis (Lewis) 1019 — (Negri) 1019 — (de la Villéon) 760.
Menstruatio praecox (Gengenbach) 959 — (Macijewska) 998 — (Raffaelli) 734 — (Valley) 611.
Menstruation, Einfluß auf die Zusammensetzung der Frauenmilch (Bamberg) 621, 657 — bei der Amme (Variot) 621 — (Glass) 242.
Menthol, lokale Anwendung in der Nase (Lublinsky) 322.
Merorachischisis (Barnet) 860.
Mesbé zur Behandlung der Tuberkulose (Heermann) 305.
Mesenterium, Tuberkulose der mesenterialen Lymphdrüsen (Cumston) 981 — (Talbot) 717 — Tuberkulose des Darmes und des Mesenteriums (Triboulet u. Debré) 717.
Mesenterium primitivum (Mazylis) 178.
Mesomelie (Bertolotti) 742.
Meßband (von Pirquet) 611.
Methylenblau, quantitative Reduktion durch Milchbakterien (Fred) 4.

Micrococcus mucofaciens in Milch (Thöni und Thaysen) 147, 662.
Mikroglossie (Schäfer) 759.
Mikrogyrie und Idiotie (Parhon und Tupa) 271.
Mikromastie (Peignaux) 961 — mit reichlicher Milchsekretion (Variot) 621.
Mikromegalie, Pathogenese (Abels) 81.
Mikromelie (Bonnaire und Durante) 268 — (Mayerhofer) 698, 743 — durch periostale Dysplasie bei hereditärer Syphilis (Bonnaire und Durante) 742.
Mikrophthalmus congenitus (Stuelp) 1020.
Mikrosporie unter Braunschweiger Schulkindern (Sternthal) 767.
Mikrozephalus (Glüh) 270, 783 (Harbitz) 440, 757 — (Waldeyer) 760 — Mikrozephalenfamilie Becker in Bürgel (Dannenberger 783.
Milch, **Sammelreferat** (Grimmer) 1, 657.
Milch (Angelici) 2 — (Aviragnet, Block-Michel und Dorlencourt) 2 — (Boen) 963 — (Bordas und Touplain) 2 — (Bottazzi) 2 — (Brady) 2 — (Buckingham) 963 — (Comanducci und Frontera) 3 — (Corlay) 3 — (van Dam) 3 — (van Derslice) 622 — (Droop-Richmond) 658 — (Ebren) 658 — (Eury) 4 — (Fleming) 4 — (Frost) 4 — (Gibbs) 5 — (de Graaf und Schaap) 659 — (Graber) 5 — (Halverson) 660 — (Harding und Parkin) 660 — (Hering) 963 — (Hinard) 660 — (Hopkins) 6 — (Imbert, Durand und Germain) 6 — (Jona) 660 — (Kohler) 246 — (Lanzun-Brown) 7 — (van Lennep und Ruys) 7 — (Lichtenhelt) 661 — (Lindet) 7 — (Lombroso) 7 — (Lowe) 7 — (Megitt und Mann) 8 — (Miller) 8 — (Oliver) 661 — (Poetschke) 10 — (Pratolongo) 10 — (Redmond) 10 — (Richardson und Walton) 662 — (Richmond) 10 — (Richmond und Huish) 10 — — (Rocques) 10 — (Rogers und Davis) 662 — (Rupp) 662 — (Samfelici) 11 — (Schorer) 11 — (Stokes) 12 — (Trillat) 12 — (Utt) 663 — (Vivier) 12 — (Vuaflart) 663 — (Weill und Mouriquand) 13 — (Will) 13 —.
Milch, Untersuchung (Frei) 622 — (Klaveness) 623, 964 — (Morres) 623.
Milch, biologische Untersuchungsmethode (Parastschuk) 661 — Methodik der biologischen Milchuntersuchung (Bauer) 658.
Milch, Methodik der Untersuchungen (Behre) 2.
Milch, Methoden der Milchbeurteilung (Bartel und Jensen) 621.
Milch, praktische Untersuchung (Morres) 9.
Milch, Untersuchung mit Eintauchrefraktometer (Obladen) 9.
Milch, vergleichende Viskositätsbestimmungen (Kreidl und Lenk 7.
Milch, Magenverdauung (Filippi) 622.
Milch, Tryptische Verdauung der rohen Milch und der Trockenmilch (Aviragnet, Dorlencourt und Michel) 621.
Milch, Einfluß der Behandlung der Milch auf ihre Labfähigkeit (Müller) 366.
Milch, Gerinnung im Magen (Brennemann) 415 — Koagulation durch Labferment (Mellanby) 246 — Bedeutung der Wasserstoffionen für die Gerinnung (Allemann) 1 — Ursache der Milchgerinnung bei Gewitterneigung (Trillat) 624.
Milch, Alkalität und Peroxydase (Kooper) 7 — Peroxydase (Grimmer) 622.
Milch, Katalase (Bertin-Sans und Gaujoux) 245.
Milch, Reduktion von Methylenblau (Fred) 4.
Milch, Zellelemente der Frauenmilch (Marfan, Feuillée und Saint-Girons) 964.
Milch, Wirkung der mechanischen Erschütterung auf die Frauenmilch (Engel) 659 — Veränderung der Frauen- und Kuhmilch durch Schütteln (Eufinger) 963.
Milch, Refraktion des Serums (Witte) 247.
Milch, spezifisches Gewicht des Serums (Heim) 6 — verbesserte Herstellung von Milchseren (Pfyl und Turnau) 9, 623.
Milch, Kupfersulfatserum (Ackermann und Valencien) 245.

Milch, Verhalten der Milch zum Ammonsulfat (Sulkowski) 366.
Milch und Kalkoxalat (Brandeu) 622.
Milch, Anaphylaxie (Kleinschmidt) 660, 881 — Idiosynkrasie gegen Kuhmilch und Anaphylaxie (Lust) 200, 243.
Milch, Antianaphylaxie (Bauer) 2.
Milch, Antikörpergehalt der Frauenmilch (Tunnicliff) 566.
Milch, Chemie und Physiologie (Myers und Fine) 661.
Milch, Physiologie der Sekretion (Helbich) 6 — Physiologie des Milchapparates (Basch) 621.
Milch, Körperchen (Nalli) 9 — Hüllen der Fettkörperchen (Bredenberg) 2.
Milch, Sekretion (Nolf) 9 — Mechanismus der Sekretion (Makkenzie) 8.
Milch, künstliche Steigerung der Frauenmilchsekretion (Friedmann) 474.
Milch, experimentelle Auslösung (Basch) 473 — (Frank) 474 — (Mayer) 246.
Milch, Einfluß des Malztropons auf die Milchsekretion (Hüet) 700.
Milch, Anomalien der Milchsekretion (Reynier) 246, 619.
Milch, Analyse der Milch einer dreißigjährigen Negerin (Lavialle) 623.
Milch, chemische Zusammensetzung der Frauenmilch milchreicher Frauen (Bamberg) 657.
Milch, Einfluß der Individualität auf die Zusammensetzung (Eckles und Shaw) 658.
Milch, Einfluß der Dauer der Laktation auf Zusammensetzung und Eigenschaften der Milch (Eckles und Shaw) 658.
Milch, Unterscheidung von Kuhmilch und Frauenmilch (Bauer) 658 — (Davidsohn) 622, 658 — Zusammensetzung von Frauen- und Kuhmilch (Meigs und Marsh) 964 — Nilblau zur Unterscheidung von Kuhmilch und Frauenmilch (Schloßmann) 329.
Milch, Differenzierung der Eiweißkörper (Philipp) 9 — biologische Differenzierung der Eiweißkörper (Kleinschmidt) 7.
Milch, Abbau der Eiweißkörper (Abderhalden und Kramm) 1.
Milch Zusammensetzung (Bremer, Greifenhagen und Sauerwein) 3, 245 — Zusammensetzung der Kuh- und Ziegenmilch (Alpers) I — Schwankungen der Zusammensetzung bei verschiedenartiger Ernährung (Helle, Müller, Prausnitz und Poda) 6.
Milch, Reaktion der Kuhmilch (Allaria) 657 — Einfluß der Leukozytenzahl auf die Reaktion (Frick) 4 — durch Kochen verursachte Veränderungen der Reaktion (Allaria) 245.
Milch, Wirkung des Säuglingsspeichels auf das Salzsäurebindungsvermögen der Milch (Allaria) 609.
Milch, Azidität der Kuhmilch (Chrétien) 622.
Milch, Tabelle der berechneten Trockensubstanz (Pfister und Lenze) 661 — Bestimmung der Trockensubstanz (Lührig) 8 — Trockensubstanz (Spittgerber) 12.
Milch, anorganische Bestandteile der Frauenmilch (Horiuchi) 660.
Milch, Chlorgehalt (Poetschke) 964.
Milch, Eisengehalt der Kuhmilch (Edelstein und von Csonka) 4.
Milch, Neutralrotreaktion (Moro) 8.
Milch, rohe als Säuglingsnahrung (Platenga) 10.
Milch, Einfluß des Kochens auf Frauenmilch, Kuhmilch und Buttermilch (Grosser) 622.
Milch, Einfluß der Kochens auf das physikalisch-chemische Verhalten (Grosser) 659.
Milch, Unterscheidung roher und gekochter (Bickele) 2 — (Brennemann) 615.
Milch, gekochte als Nahrung (Lane-Claypon) 243, 945 — gekochte in der Säuglingsernährung (Morse) 961.
Milch, Sterilisieren, Kochen und Pasteurisieren (Morse) 623.
Milch, pasteurisierte (Vincent) 965.
Milch, Schnellkocher mit Rückkühlung (Auerbach) 657 — Auerbachscher Schnellkocher (Ströse) 662.
Milch, Guajaktinkturprobe zur Unterscheidung roher und erhitzter (Rievel) 10.

Milch, Nachweis erhitzter Milch (Drost) 4, 658, 963.
Milch, Wirkung erhitzter und überhitzter (Coit) 245, 366, 658.
Milch, kondensierte (Ausset) 657, 962.
Milch, Untersuchung homogenisierter Milch (Lavialle) 623 — Brownsche Molekularbewegung in homogenisierter (Lavialle) 456.
Milch, Kühlapparat Patent Thomsen (Eichloff) 963.
Milch, Einfluß des Gefrierens auf die Zusammensetzung der Milch (Mai) 8, 623.
Milch, modifizierte (Fitch) 242.
Milch, Einfluß der kondensierten, gezuckerten auf Erbrechen (Variot, Lavialle und Rousselot) 247.
Milch, Pathologie der Kuhmilch (Barbier) 621.
Milch in Beziehung zu Krankheiten (Buxton) 963.
Milch, bakteriologische Untersuchungen (Weigmann und Wolff) 13.
Milch, Bakterien (Levin) 246.
Milch, Säurelangstäbchen (Kühl) 623, 661.
Milch, Bestimmung des Keimgehaltes (Klimmer und Sommerfeldt) 660 — (Sommerfeldt) 623.
Milch als Infektionsträger (Hamburger) 415 — (Winslow) 415.
Milch, Streptokokken (Broadhurst) 3 — (Puppel) 10 — (Ruediger) 10.
Milch und Scharlachrückfälle (Chalmers) 622.
Milch, Beziehung zu einer epidemischen Streptokokkensepsis (Hamburger) 660 — Beziehungen der Milchstreptokokken zur Anginaepidemie (Davis) 658 — in Zusammenhang mit Anginaepidemie (Rosenow) 570 — Epidemie von septischer Rachenentzündung in Beziehung zur Milchquelle in Baltimore (Hamburger) 622 — in Beziehung zur Anginaepidemie in Chigaco (Capps) 157, 622 — Versorgung in Beziehung zur Anginaepidemie in Chicago (Capps und Miller) 658.
Milch maul- und klauenseuchekranker Kühe (Honigmund) 963 — (Mezger, Jesser und Hepp) 964.
Milch, Verunreinigung durch Typhusbazillen im Wasser (Trillat und Fouassier) 964.
Milch und Tuberkelbazilllen (Royal Commission on tuberculosis) 223 — Bestimmung von Tuberkelbazilllen (Fynn) 4 — Einfluß der Milchversorgung auf die Tuberkulosesterblichkeit (Delépine) 219.
Milch, Infektiosität von Milch syphilitischer Frauen (Uhlenhuth) und Mulzer 477, 663.
Milch, Verhütung von Milchvergiftungen (Bradley) 622.
Milch, Erkrankungen nach Genuß von Milch (Schrakamp) 246.
Milch, normale bei Euterentzündung (Amberger) 2.
Milch, Depressionsberechnung bei Versuchen mit Milchtieren (Morgen) 8.
Milch, Verwertung der Voll- und Magermilch durch Saugkälber und Ferkel (Wellmann) 663.
Milch, Einfluß des Melkens (Isaachsen, Lalim, Wold und Grande) 660.
Milch, Milchschlamm (Lenz) 7.
Milch, Kindermilch (Backhaus) 570, 963 — Vorzugsmilch (Coit) 3 — Herstellung von Säuglingsmilch (Müller) 9 — Kontrolle der Säuglingsmilch (Ostertag) 9 — Kindermilch im Hause (Roeder) 623 — Einfluß des Lagerns auf Kindermilch (Schorer) 246 — Vorzugsmilch (Winslow) 247 — Arbeit des Tierarztes bei Vorzugsmilchanstalten (Meßner) 550.
Milch, Diagnose des Frischmilchendseins (Weber) 663.
Milch brünstiger Kühe als Kindermilch (Steng) 246, 662.
Milch, Kuhmilch und ihre Produkte (Frankau) 707.
Milch, Trockenmilch (Aviragnet, Bloch-Michel und Dorlencourt) 657 — (Comby) 658 — Trockenmilchpräparate (Kühl) 661 — amerikanische Milchpulver (Goy) 659, 963.
Milch, Konserven (Loir) 246.
Milch, nordische Dauermilch (Olsen-Sopp) 9.
Milch, Handel (Schlossmann) 964 — hygienische Untersuchungen der Handelsmilch (Gooren) 5, 246.

Milch, Regelung des Milchverkehrs in Deutschland (Schreiber) 11, 623.
Milch, Versorgung (Cristadoro) 245 — (Jordan) 840 — (Thompson) 247 — Versorgung der Städte (Kühl) 7 — Versorgung auf dem Lande (Weber) 13 — Versorgung auf dem Bahnwege (Petersilie) 661 — Versorgung der Schulen (Sieveking) 1026.
Milch, Versorgung der Stadt Karlsruhe (Berg) 2 — Versorgung in Magdeburg) (Michaelis und Pechstein) 8 — Versorgung in Mainz, Darmstadt, Worms und Gießen (Michaelis und Pechstein) 8 — und Milchprodukte in Portugal (Klein) 7 — Versorgung in Springfield (Gamble) 622 — Versorgung von Baltimore (Ford) 622, 659 — ärztlicher Ausschuß in Boston (de Normandie) 840 — Chicagoer Milchvorschrift (Nance) 476 — Versorgung von San Franzisko (Hutshing) 623 — Versorgung von Ohio (Tenney) 624.
Milch, certified milk (Foord) 840 (Synnott) 964.
Milch, Grundriß der Milchwirtschaft (Frankau) 707 — Grundriß der Milchhygiene für Tierärzte (Ernst) 659 — rationelle Milchwirtschaft (Grimmer) 659.
Milch, Hygiene (Salus) 11.
Milch, Gewinnung und Behandlung 963 — Gewinnung und Beurteilung (Rammstedt) 10.
Milch, Kontrolle (Behre) 2 — ärztliche Aufsicht (Coit) 245 — administrative Kontrolle der Milchversorgung (Hope) 964 — Kontrolle der Gewinnung und des Verkehrs (Ostertag) 246.
Milch, hygienische Produktion (de la Chapelle) 622.
Milch, Industrie (Diffloth) 622.
Milch, Verwertung der Milchergiebigkeit (Peters) 661 — Leistungsprüfung in Württemberg (Stöbele) 246 — Leistung des oberbadischen Fleckviehs (Mach und Schaller) 8 — Leistung des oberbayerischen Fleckviehs (Müller) 9.
Milch, Ungarns Milchwirtschaft (Körfer) 660.
Milch, Fütterung der Milchkühe (Dupont) 963 — Fütterung der Milchtiere (Höckner) 660 — Wirkung der Futtermittel auf die Produktion (Morgen) 8 — Einfluß der Fütterung mit industriellen Rückständen (Morin) 243.
Milch, Statistik (Alpers und Neff) 657 — Statistik der Milchwirtschaft (v. Altrock) 1.
Milchdrüse, Zysten beim Pferd (Scheunert und Grimmer) 11.
Milcherfrischer (Heiduschka) 6.
Milchfieber und Eklampsie (Healy und Kastle) 5.
Milchküchen (Eichelberg) 281 — (Freeman) 282 — in Budapest (Deutsch) 281.
Milchpumpe (Lutz) 968.
Milchsäure, trockenes Ferment (Carrion und Sorel) 3.
Milchsäure, Produktion durch Bazillus bulgaricus (Currie) 3 — bulgarische Mikroben und Säureproduktion (Belonowski) 2.
Milchsäure und Darmirrigationen bei Psoriasis (Winfield) 746.
Milchsäurebakterien, langstabförmige (Barthel) 657 — Wirkung der Neutralisation mit Kreide (Makrinow) 661.
Milchsäurebazillenspray bei Diphtherie (Wood) 897.
Milchsäurebazillus, fadenziehender (Gorini) 659.
Milchsäureferment (Effront) 4.
Milchverfälschungen (Heim) 6.
Milchzucker siehe Laktose.
Miliaria sebacea (Hinzelmann) 391.
Miliartuberkulose, rediologische Diagnostik (Ribadeau-Dumas und Albert-Weil) 239.
Milroysche Krankheit (Boks) 587.
Milz, als Organ des Eiweißstoffwechsels (Vogel) 358.
Milz, Veränderungen im Blutbefund infolge Exstirpation der Milz (Gilerowitsch) 913.
Milz, Exstirpation wegen Anaemia splenica (Hutchinson) 723.
Milz, Gitterfasern in der Rachitismilz (Hayashi) 732, 858.
Milz, Abszeß bei Scharlach (Gromski) 174.
Milz bei Syphilis (Giraulet und Tissier) 648.
Milz, Radiotherapie beim angeborenen hämolytischen Ikterus (Parisot und Heully) 731.

Mineralien, Stoffwechsel im Säuglingsalter (Müller und Schloß) 572.
Mineralsalze, Verluste durch die Fäces (Marfan, Dorlencourt und Saint-Girons) 966.
Mischvakzine zur Behandlung der Lungentuberkulose (Ager) 903.
Mißbildungen (Schwalbe) 139 — angeborene (Gravier) 279 — kongenitale (de la Villéon) 760 — multiple (Petit) 759 — (Siauve) 279.
Mißbildungen, Monstrum multiforme (Linke) 758.
Mißbildung, lebende Doppelmißbildungen (Struve) 279.
Mißbildungen der Atmungsorgane (Schneider) 139.
Mißbildungen der Haut (Bettmann) 139.
Mißbildung, kongenitale des Herzens (Sédillot) 259.
Mißbildung der Geschlechtsorgane (Vromen) 268.
Mißbildung der unteren Extremitäten (Peltesohn) 445.
Mißbildungen, angeborene im Bereich der oberen Extremitäten (Schwarzbach) 759.
Mißbildungen, angeborene bei kongenitaler Hüftverrenkung (Hayashi und Matsuoka) 754.
Mißbildungen, Statistik in Japan (Hiromoto) 757.
Mitraler Zwergwuchs (Weber) 744, 904.
Mitralherzfehler auf Grund angeborener Syphilis (Milian und Sauphar) 649.
Mitralstenose, kongenitale (Ludwig) 719 — bei hereditärer Syphilis (Nathan) 649, 986.
Molke und Magendarmfermente (Davidsohn) 658.
Molke, molkenarme und molkenreiche Ernährung (Giffhorn) 947.
Molke bei ruhrartigen Darmkatarrhen (Frank) 4, 242, 413.
Molke, Widerstandskraft der Tuberkelbazillen gegen Erhitzen in Molken (Barthel und Stenström) 658.
Molke, Sauermolke (Kühl) 246 — Molkenlimonade (Burri) 658.
Molkenarme Ernährung beim Säuglingsekzem (Finkelstein) 4, 314.
Molkensuppe bei Säuglingen **(Steinitz und Weigert) 243,** 883, 962.
Molkereipraxis, Sammelreferat (Grimmer) 1.
Mongolenfleck (Allaria) 744, 873, 1017 — (Cacciami) 744 — (Comby und Labourdette) 744 — (Fauquey) 745 — (Ferreira) 745 — (Macaronopoulos) 1019 — (Schohl) 273, 875.
Mongolismus (Cautley) 1002 — (Crookshank) 1002 — (Kellner) 596 — (Kowalewski) 796 — (Orsi-Battaglini) 1003 — (Shukowsky und Aisenberg) 97 — und Idiotie (Moretti) 271.
Mongoloide Idiotie, Stoffwechselversuche (Lourié) 796 — innersekretorische Stoffwechselstörungen (Jödicke) 726.
Monoaminosäure, Veränderung (Abderhalden und Kautzsch) 1.
Montessorische Unterrichtsmethode (Jacoby) 597.
Morbillen (Anderson und Goldberger) 632 — (Butler) 971 — (Graster) 972.
Morbillen, Ätiologie (Leopold) 639.
Morbillen, experimentelle Übertragung (Yakovlev) 980 — bei Affen (Lucas, Palmer und Prizer 642.
Morbillen, vakzinale Allergie (Netter) 454.
Morbillen, das Bild auf der äußeren Haut (v. Pirquet) 643, 875 — Klinik des Exanthems (Fischl) 894.
Morbillen, Vorexanthem (Koch) 874.
Morbillen, Kopliksche Flecken (Massimi) 976.
Morbillen, Verschwinden der kutanen Tuberkulinreaktion (Weinmann) 717.
Morbillen, schwarze Masern (Thompson) 979.
Morbillen, zweiseitige Eruption (Rouèche) 257.
Morbillen, Rezidiv (Soucek) 645.
Morbillen, Temperatur in der Latenzperiode (Mensi) 641.
Morbillen, Diagnose der infektiösen masernähnlichen Exantheme (Michalowitsch) 894.
Morbillen, Diazoreaktion und Reaktion mit salpetersaurem Quecksilberoxydul (Rumjanzeff) 156.

Morbillen, phagozytäre Wirkung der Leukozyten (Tunnicliff) 258, 579.
Morbillen und Harngiftigkeit (Aronson und Sommerfeld) 213, 378, 632 — Harngiftigkeit (Mautner) 378, 640.
Morbillen, Analyse von 1000 Fällen (Craster) 894.
Morbillen, Komplikationen (Reano) 256.
Morbillen, Augenkomplikationen (Bahn) 970.
Morbillen, Gelenkkomplikationen (Crémieu und Lacassagne) 251.
Morbillen, Neuritis optica (Griscom) 779 — (Dutoit) 401, 779.
Morbillen, Kelloid der Augenlider bei Masern (Wilson) 425.
Morbillen, Thrombenbildung (Lutz) 893, 975.
Morbillen, Nekrose des Oberkiefers (Brindi) 251.
Morbillen, Intubation beim membranösen Croup (Mason) 1010.
Morbillen, Pneumonie (Triboulet 646 — (Weill, Mouriquand und Gardère) 980 — Morbidität und Mortalität der Pneumonie (Maier) 578, 721, 975.
Morbillen und Typhus (Jastrowitz) 847, 974.
Morbillen, Zusammentreffen mit Scharlach (Blooker) 250, 375 — (Gautier) 636.
Morbillen, Diphtherie (Lapeyre) 254.
Morbillen, Beobachtungen am Spital für Infektionskrankheiten in Cincinnati (Bell) 633.
Morbillen, Hospitalsmasern und Sterbekasuistik (Wladimiroff) 93.
Morbillen, periodische Schwankungen der Virulenz (Brown) 634.
Morbillen, Epidemie (Pagenstecher) 93 — (Senzi) 978 — (Tait) 214.
Morbillen in Chikago (Young) 258.
Morbillen, Epidemie in Rotuma (Corney) 578, 634.
Morbillen, Eukalyptusbehandlung (Elgart) 973 — (Kretschmer) 291.
Morbillen, Behandlung und Prophylaxe (Rouèche) 977 — (Caverly) 634.
Morbillen, Entfernung der Adenoide als Präventivmaßregel (Greene) 636.
Morbillen, Salvarsan zur Prophylaxe (Lagane) 640.
Morbillen, Kolloidtherapie (Galli) 636.
Morbillen und Schule (Cohn) 972 — Schulschluß (Raffle) 160 — Bekämpfung durch die Schule (Poelschau) 977.
Morbilliformer Ausschlag (Allan) 161.
Morgagni-Adams-Stokessches Syndrom (Goto) 718.
Morphium (Brun) 239 — bei der Stillenden (Borde) 615, 957 — Einfluß auf den Hundefötus (Reiche) 10, 70.
Morphologie, Mißbildungen des Gesichts (Grünberg) 712.
Moskau, städtische Säuglingsfürsorge (Grauermann und Saitzeff) 282.
Motorische Insuffizienz (Decroly und Henrotin) 1000.
Motorische Reizzustände bei Neugeborenen (Zipperling) 98.
Mukozele der Keilbeinhöhle (Rhese) 748.
Multiple Kernläsionen infolge eines Herdes im Rautenhirn (Roth) 699.
Mündel, Sicherheit (Wuermeling) 764.
Muskelatrophie, familiäre (Zatelli) 794 — frühinfantile, progressive (v. Pfaundler) 134 — infantile familiäre (Gatz-Emanuel) 794 — familiäre spinale (Gatz-Emanuel) 737 — progressive (Batten und Holmes) 735, 794 — progressive (Delchef und Laruelle) 777 — progressive spinale (Parsons und Stanley) 735, 794.
Muskeldystrophie (Delchef und Laruelle) 269.
Muskeldystrophie, Typus Leyden-Moebius (Grenet und Rousselot) 270.
Mutter, Recht der geschiedenen Mutter nach dem Deutschen Bürgerlichen Gesetzbuch (Wolff 466.
Mütter, Unterstützung in Amerika 1024.
Mutter und Kind in Indien (Paramanda-Mariadassou) 955.
Mutterschaftsprämien, australisches Gesetz 1024.

Mutterschaftsversicherung (Bruno) 280 — (Müller) 283.
Mutterschule (Comenius) 465.
Mutterschutz und Sexualreform (Rosenthal) 464.
Myatonia congenita (Beling) 776 — (Bernhardt) 269 — (Bienfait) 999 — (Charles) 165 — (Concetti) 1000 — (Cotterill) 593 — (Duthoit) 98, 269, 1000 — (Fievez) 735. — (Foot) 855, 1000 — (Kaumheimer) 593 — (Koch) 353 — (Mensi) 738 — (Oppenheim) 738 — (v. Pfaundler) 134 — (Reiner) 916, 1000 — (Thorspecken) 97.
Myatonia congenita, Pathologie und Klinik (Kaumheimer) 735.
Myatonia congenita, Stoffwechsel (Gittings und Pemberton) 735.
Myelitis, transversale (Skoog) 194 — akute transversale (Sachs) 194 — nach Typhus (Renault) 643 — (Renault und Lévy) 643.
Myelocele cervicalis (Gorochoff) 915.
Myelomeningocele (Martin und Berny) 1019.
Myeloide Leukämie (Treadgold) 724.
Myokardische Syndrome bei Infektionskrankheiten (Nobécourt) 976.
Myokarditis (Hertz und Johnson) 737.
Myoklonie (Flatau und Sterling) 1002 — (Moniz) 1000 — familiäre (Lundborg) 792 — (Recktenwald) 792.
Myoklonusepilepsie, progressive (Lundborg) 792 — (Recktenwald) 792.
Myopie (Jaspers) 402 — temporäre bei orbitalen Neubildungen (Handmann) 402.
Myositis (Torkatscheff) 271 — ossificans (Magyar) 323 — ossificans progressiva multiplex (Goto) 735.
Myotonia atrophica (Bramwell und Addis) 1000 — (Maggiore) 271 — (Skutetzky) 739.
Myxidiotie, Überpflanzen normaler mütterlicher Schilddrüse (Henschen) 795.
Myxödem (Combe) 269 — (Löwy und Sommerfeld) 228 — (Oswald) 993 — (Thomas) 228 — (White) 727.
Myxödem beim Säugling **(Hochsinger) 550,** 538.
Myxödem, angeborenes (Sheffield) 271 — kongenitales; Opotherapie (Zuber) 263, 1005.
Myxödem, Pathologie des angeborenen und erworbenen (Siegert) 543.
Myxödem und Kretinismus (v. Jauregg) 182.
Myxödematöser Zwergwuchs (Pironneau) 1007.
Myxoliposarkom der Nieren (Harbitz) 440.
Myxom, angeborenes beider Füße (Leitao) 758.

Nabel, angeborenes Fehlen (Chamaillard) 1018.
Nabel, Mißbildung (Firth) 279 — kongenitale Mißbildung (Simpson) 1020.
Nabel, Blutung bei Sepsis (Blühdorn) 153.
Nabel, Hernie (Smester) 277 — Strangbruch (Lebedev) 170, 279.
Nabel, Topographie bei Frauen und Neugeborenen (Kokuschkin) 609.
Nabel, Veränderungen der Nabelschnur bei Syphilis (Dominici) 165.
Nabelarterie, Thromboarteriitis (Reinach) 933.
Nabelschnur, Zerreißung (Berneick) 967.
Nabelschnur, Hernie (Usener) 277, 443 — (Bolaffi) 996.
Nabelschnur, Umschlingung (Codet-Boisse) 756.
Nabelschnur, Behandlung des Nabelschnurrestes der Neugeborenen (Petermöller) 630.
Nabelstumpf, Pflege (Adair) 890.
Nabelvene, Thrombophlebitis (Reinach) 933.
Nachruf für Kassowitz (v. Pirquet) 609.
Nägel, Dystrophie (Eisenstädt) 745.
Nährmehl, Mißbrauch (Rousseau Saint-Philippe) 244.
Nährmittel im Handel (Kühl) 74.
Nährsalz, Armut (Hiller) 188.
Nahrung und Gewichtskurve (Brady) 615.
Nahrungsbedarf (Farr) 241.
Nahrungspausen (Comroe) 616.
Nahrungswert (Farr) 241.

Narkose (Paterson) 240.
Nase, Erkrankungen (Kyle) 1009 — Erkrankungen im Säuglingsalter (Peyser) 748.
Nase, Pflege (Hays) 274.
Nase, membranöse Absonderung (Gossage) 151.
Nase, Obstruktion (Sauer) 748.
Nase, Deformitäten (Rössing) 748.
Nase, Steinbildung (Jeune) 1009.
Nase, Dermoidzyste (Yearsley) 152.
Nase, zystischer Polyp im Nasenrachenraum (Griffin) 748.
Nase, Fremdkörper in den Fossae nasales (Mapes) 748.
Nase, Diphtherie der Nase (Moss) 641 — primäre Diphtherie (Przedpelska) 256 — Diphtheriebazillen im Nasensekret (Conradi) 380.
Nase, Rheumatosen und nasale Erkrankungen (Senator) 484, 1010.
Nase, Nebenhöhlen (Nicolai) 1010 — Entwicklung der Nasennebenhöhlen (Gording) 748 — Nebenhöhlenerkrankung (Schlemmer) 274, 326 — entzündliche Erkrankungen der Nasennebenhöhlen (Oppenheimer) 748.
Nase, Behandlung der Schleimhaut mittels Inhalation zerstäubter Sole (Sippel) 308.
Natronzitrat bei Wiederkäuern (Variot) 621.
Naviculare, Köhlersches Knochenbild (Schultze) 232.
Nävus, (Albert-Weil) 744 — kongenitaler (Carman) 744.
Nävus papilomatosus (Wolff) 753.
Nävus, systematisierter (Williatte) 746.
Nävus mit Hemihypertrophie und Angiom (Allaire) 1007 — mit Hemihypertrophie und varikösen Venen (Telford) 441.
Nävus pigmentosus mit Pigmentflecken im Gehirn (Binsack) 744.
Nävus, Behandlung (Bunch) 494 — Heißluftbehandlung (Darrican) 273.
Nebenhöhlen der Nase (Nicolai) 1010.
Nebenhöhlenerkrankung der Nase (Schlemmer) 326. — Siehe auch Nase.
Nebennieren, Adrenalingehalt (Cattaneo) 610.
Nebennieren, Funktion beim Fötus (Cevidalli) 197, 238.
Nebenniere, Entwicklung der Nebennierenrinde (Landau) 955.
Nebenniere und Wachstum (Mirz) 993.
Nebennieren, Einfluß aufs Wachstum (de Mira) 263.
Nebennieren, histologische Studien der Rinde (Gagnoni) 726.
Nebenniere, Blutung (Farr und Glenn) 726 — Blutungen bei Neugeborenen (Lundsgaard) 263 — Blutungen und Friedländersepsis (Conradi) 418.
Nebenniere, Blutungen und Sepsis bei hereditärer Syphilis (Conradi) 251.
Nebenniere, chronische Insuffizienz (D'Oelsnitz) 453.
Nebenniere, Insuffizienz bei Erysipel (Lesné und Françon) 254.
Nebenniere, Nekrosen beim Neugeborenen (Amsler) 266.
Nebenniere und azetonämisches Erbrechen (Terrien) 263.
Nebenniere, hochgradige Verfettung (Tilp) 994.
Nebenniere bei Hydrozephalus (Levy) 993.
Nebennieren, Extrakt bei experimenteller Poliomyelitis (Clark) 193.
Nekrose des Oberkiefers bei Masern (Brindi) 251.
Nekrose der Leber und Nebennieren beim Neugeborenen (Amsler) 266.
Neosalvarsan (Castelli) 218.
Neosalvarsan bei Schwangeren, Wöchnerinnen und Neugeborenen (Lemeland und Brisson) 586, 986 — bei Syphilis (Bunch) 985 — (Dünzelmann) 307 — (Schreiber) 307.
Neosalvarsan bei Scharlach (Fischer) 453, 874 — intravenöse Einspritzung bei Scharlach (Fischer) 848.
Neosalvarsan, Wirkung intraspinaler Infektionen (Ellis und Swift) 879.
Neosalvarsan, Behandlung der allgemeinen Paralyse durch Lumbalinstillationen (Marie und Levaditi) 1003.
Nephrektomie (Kahn) 733 — (Wilson) 999.
Nephritis (Hertz und Johnson) 737 — (Schlayer) 188.
Nephritis, Scharlach und Stillen (Gioseffi) 252.

Nephritis, akute bei Scharlach (Sheffield) 267.
Nephritis, starke vorübergehende Azotämie (Nobécourt, Milhit und Bidot) 966.
Nephritis und Purpura (Roux) 267.
Nephritis und Leberzirrhose bei Kaninchen (Martin und Pettit) 8.
Nephritis, Beziehungen zu Verlauf, Blutbefund und Nephritis **(Gerstley) 121.**
Nephritis, Histogenese der parenchymatösen (Pollini) 734.
Nephritis, Harnstoffgehalt in der Zerebrospinalflüssigkeit (Nobécourt und Darré) 773.
Nephritis, Ausscheidung der stickstoffhaltigen Stoffwechselprodukte (Erdélyi) 733.
Nephritis, chronische 999.
Nephritis, chronische parenchymatöse (Heubner) 85.
Nephritis, akute interstitielle (Miraglia) 999.
Nephritis, chronische interstitielle bei Infantilismus (Naish) 210, 267.
Nephritis, hämorrhagische bei hereditärer Syphilis (Hahn) 218.
Nephritis bei Erbsyphilis (Hintzelmann) 874.
Nephritis und perniziöse Anämie (Labbé) 991.
Nephritis, tuberkulöse (Debré und Paraf) 997 — (Fairise und Rémy) 981.
Nephritis, Thyreoidinbehandlung (Thévenot) 999.
Nephritis, intravenöse Anwendung der Diuretika (Erdélyi) 733.
Nephritis, diuretische Wirkung des Waldmeisterinfuses (Mouriquand und Duval) 613.
Nephrose, chronische (Heubner) 267, 438.
Nephro-Lithotomie (Ollerenshaw) 734.
Nerven, kongenitale Tumoren (Koudriavzeff) 276.
Nervus acusticus bei Parotitis epidemica (Mauthner) 640.
Nervus facialis und Parotitis 770.
Nervus opticus, Entzündungen nach Keuchhusten (Wiegmann) 403 — Entstehung der Nervenfasern (v. Scily) 402.
Nervengewebe, Quellung (Bauer und Ames) 770.
Nervenkrankheiten (Zahorsky) 1005 — Lehrbuch (Peritz) 701 — Handbuch (Bruns, Cramer und Ziehen) 701.
Nervensystem, Krankheiten (Sleeter) 1004.
Nervensystem, Komplementbindungsreaktion bei degenerativen Zuständen (Froesch) 471
Nervensystem und Infekt beim Fieber (Citron und Leschke) 610.
Nervensystem, hereditäre Syphilis (Barbier und Gastier) 788.
Nervöses Kind (Lateiner-Mayerhofer) 1003.
Nervosität (Neu) 271 — (Williams) 272.
Nervosität und Reifeprüfung (Krassmöller und Tucholsky) 1025.
Nervosität und Stillen (Frost) 960.
Neugeborene (Canestrini) 628.
Neugeborene, Physiologie (Heller) 629.
Neugeborene, Temperatur (Devilliers) 239 — zentrale Temperatur (Apert) 237.
Neugeborene, Veränderungen von Puls und Blutdruck (Balard) 628.
Neugeborene, Reifezeichen (Kjölseth) 968 — Gewicht (Hansen) 968.
Neugeborener, körperliche Entwicklung (Lutz) 241.
Neugeborene, abnorm schwere (Voron und Gravier) 248 — abnorm schwere und ihre Gestationszeit (Kaul) 629.
Neugeborene, Sinnesempfindungen (Peterson) 770.
Neugeborene, Pathologie und Klinik (Unger) 291.
Neugeborene, Fieber (Cauthley) 196, 248.
Neugeborene, Aspiration (Willette) 248.
Neugeborene, Stoffwechsel (Birk) 2.
Neugeborene, Ernährung mit Eiweißmilch (Benfey) 2.
Neugeborene, Gewicht (Bondi) 838.
Neugeborene, physiologische Abnahme und Ikterus (Mensi) 266.

Neugeborene, Icterus neonatorum (Unger) 202 — Icterus gravis neonatorum (Neukirch) 203.
Neugeborene, Melaena neonatorum (Vidal) 244 — (Wolff) 245.
Neugeborene, Hämophilie (Pitfield) 208, 249 — Behandlung der Hämophilie (Vincent) 208.
Neugeborene, spontane Hämorrhagie (Fairplay) 249.
Neugeborene, hämorrhagische Diathese (Schloss und Commiskey) 249 — hämorrhagische Erkrankung (Vincent) 249.
Neugeborene, verstreute Blutergüsse in den Geweben des Halses (Patoir und Leclerq) 760.
Neugeborene, intestinale Toxämie (Morse) 243.
Neugeborene, multiple Läsion (Leclerq) 279.
Neugeborene, Nekrosen in Leber und Nebennieren (Amsler) 266.
Neugeborene, Leberabszeß (Mensi) 266.
Neugeborene, Nebennierenblutungen (Lundsgaard) 263.
Neugeborene, Tod durch Kälte 630.
Neugeborene, Erysipel (Lesné und Françon) 254.
Neugeborene, intrakranielle Blutungen (Abels) 248.
Neugeborene, polyzystische Erkrankung (Lathoud und Bourret) 248.
Neugeborene, Augenläsionen (Lequeux) 81 — Ophthalmia neonatorum(Lehle) 96.
Neugeborene, Schicksal (de Kat und Sannes-Sannes) 969.
Neugeborene, Lebensfähigkeit (Dervieux) 629 — (Grumeau) 968 — Vitalität (Tissier) 630.
Neugeborene, Beziehungen von Gewicht und Länge zur Dauer der Schwangerschaft (Kober) 968.
Neugeborene, Abhängigkeit körperlicher Entwicklung der Neugeborenen vom Berufe der Eltern (Goldfeld) 629, 968.
Neugeborene, Sterblichkeit in den ersten 8 Lebenstagen (Kerness) 282.
Neugeborene, Pflege (Fraser) 629.
Neurasthenie und Asthenie (Boncour) 969.
Neuritis, multiple (Wallfield)740.
Neuritis, progressive hypertrophische (Hoffmann) 777.
Neuritis, progressive interstitielle (Schaller) 271.
Neuritis optica (Dutoit) 401 — (Hertz und Johnson) 737 — (Paderstein) 1009 — optica nach Masern (Griscom) 779 — optica infectiosa bei Masern, Scharlach, Typhus und Influenza (Dutoit) 779.
Neuritis, rheumatische (Poynton) 155.
Neurodermitis chronica faciei (Hoffmann) 874.
Neurologische Literatur, Sammelreferat (Klotz) 769.
Neurosen (Burr) 736, 917.
Neurosyphilis, Autotherapie (Browning und Lintz) 830.
Neutralrotreaktion der Milch (Moro) 8.
Niederlande, Sterblichkeit (Methorst) 283.
Niederösterreichisches Landeszentral-Kinderheim (Riether) 283.
Niere, Funktionsprüfung (Bauer und Habetin) 997 — Schätzung der Funktion (Smith) 387.
Niere, Bakteriologie und pathologische Anatomie der Tonsillen bei Nierenkrankheiten (Davis) 434.
Nieren, Echinokokken (Loumeau, Sabrazès und Muratet) 254.
Niere, Lithiasis (Karo) 592 — (Ollerenshaw) 734.
Niere, Entstehung der kleinzelligen Infiltrate in der Niere bei Scharlach und Diphtherie (Schridde) 645.
Niere, Regeneration von Nierenepithelien bei Diphtherie (Hässner) 637.
Niere, Tuberkulose (Castaigne) 997 — Tuberkulose (Oraison) 983 — Tuberkulose (Rocher und Ferron) 716.
Niere, renaler Infantilismus 268 — (Comby) 267.
Niere, Schicksal nierenkranker Kinder (Schiff) 734.
Niere, multiple Abszesse (Jordan) 998.
Niere, Pathogenese und Klinik der Nierenbeckenentzündungen (Lindemann) 998.
Niere, Bau und Histogenese der angeborenen Geschwülste (Dienst) 732.

Niere, Tumoren (Bundschuh) 99. — (Kirmisson) 751 — (Lorrain und Nidergang) 276 — (Weill, Mouriquand und Gardère) 1016 — bösartiger Tumor bei Hermaphroditen (Raubitschek) 267.
Niere, Sarkom (Carley) 275 — Myxo-Liposarkom (Harbitz) 440.
Niere, Epitheliom (Phelip und Salin) 1015.
Niere, solitäre Zyste (Sarkissiantz) 999 — Zystenniere (Mazylis) 178.
Niere, kongenitale Anomalie (van Bisselick) 732 — (Rolleston) 591.
Niere, kongenitale Dystopie (Bretschneider) 278 — (Hoppe) 733 — (Stephan) 268.
Niere, kongenitale Dilatation des Nierenbeckens (Weiser) 735.
Niere, kongenitale Mißbildungen und Hydronephrose (Lajoscade) 998.
Niere, Abhängigkeit der Nierenlage von dem Dickdarmgekröse (Jazuta) 967.
Niere, kongenitale Verlagerung (Vromen) 268.
Nilblau zur Unterscheidung von Kuhmilch und Frauenmilch (Schloßmann) 329.
Nitrate und Nitrite in Milch (Ficai und Cererelli) 4.
Noma (Clay) 634 — mit bakteriologischem Befund (Zuber und Petit) 647.
Nuklein, Stoffwechsel bei Kardiozirrhose (Mauro) 626.
Nukleinsaures Natron bei Scharlach (Poljakoff) 291.
Nystagmus (Flatau und Sterling) 1002 — hereditärer (Nodop) 747.

Oberkiefer, Osteomyelitis (Francais) 1012.
Oberkiefer, Nekrose bei Masern (Brindi) 251.
Oberkiefer, teratoider Epignathus (Zils) 1020.
Oberkiefer, Entzündung des orbitalen Zellgewebes ausgehend von Erkrankungen des Oberkieferknochens (Posey) 748.
Oberlippe, mediane Spaltung (Hillmann) 1018.
Obers (Laxa) 7.
Oberschenkel, Frakturen bei Knochenatrophie und Kniegelenkskontrakturen (Hagemann) 232.
Obesitas und Überernährung (Léopold und Lévi) 796.
Obstipation, habituelle (Dorlencourt und Edelmann) 616.
Obstipation als Ursache von Magen-Darmstörungen (Freeburg) 242.
Obstipation, Behandlung (Schreiber) 962.
Ödeme, (Hutinel) 988 — (Potter) 259.
Ödem angioneurotisches (Snow) 920.
Ödeme, generalisierte des Fötus (Sauvage) 967.
Ödem des Pharynx (Ernoul) 989.
Ödeme des Beines (Hughes) 268.
Ödem, chronisches einer Extremität (Hughes) 432.
Ödem, angeborenes, familiäres der unteren Extremitäten (Boks) 587.
Ödeme durch große Alkalidosen (Breitmann) 624.
Ödem, diuretische Wirkung des Waldmeisterinfuses (Mouriquand und Duval) 613.
Öffentlicher Kinderschutz (Birk, Rolffs und Tugendreich) 184.
Ohr, angeborene Anomalie (Bernheimer) 1009 — Mißbildungen des äußeren Ohres (Wiechmann) 749.
Ohr, Schluntersuchungen (Frey) 274.
Ohr, pathologische Anatomie bei kongenitaler Syphilis (Hofer) 648.
Ohr, Erkrankungen (Hempel) 748 — Erkrankungen im Säuglingsalter (Peyser) 748.
Ohr, Eiterungen (Brun) 274.
Ohr, kongenitale Fisteln (Abrand) 1017.
Ohr und adenoide Wucherungen (Todd) 749.
Ohr und akute Infektionskrankheiten (Eschweiler) 748.
Ohr, Tuberkulose des Ohres (Biggs) 583, 981.
Ohr und Scharlach **(Manasse) 59,** 975.
Okulomotorius, angeborene hochgradige Schwäche (Jess) 779 — zyklische Lähmung (Lauber) 856.
Öl, Wechselbeziehungen zwischen Verseifungszahl, Jodzahl und Refraktometerzahl (Richter) 662.

Oleum chenopodii gegen Ankylostomiasis (Schüffner und Vervoort) 360.
Oligosiderämie (Rist) 724.
Onychie, diphtherische (Tylecote) 646, 896.
Ophthalmia neonatorum (Brav) 274 — (Cheney) 746 — (Credé-Hörder) 1009 — (Greene) 746 — (Harman) 1009 — (Heckel) 746 — (Lehle) 96 — (Lentz) 291 — (Stephenson) 443 — (Tallant) 274 — (Weekers) 96 — (Zweifel) 291.
Ophthalmia neonatorum, Gonokokkenserum (Colombo) 401.
Ophthalmoblennorrhöe der Neugeborenen (Stephenson) 747.
Ophthalmoblennorrhoa neonatorum peudomembranacea (Attias) 1008.
Ophthalmoblennorrhöe, nicht gonorrhoische (Credé-Hörder) 150, 273, 746.
Ophthalmoblennorrhöe, Spätinfektion (Credé-Hörder) 273, 746.
Ophthalmoplegia externa et interna (Sperk) 322.
Ophthalmoplegia totalis unilateralis bei hereditärer Lues (Mattissohn) 649, 779.
Opiate, Verwendung im Kindesalter **(Döbeli) 266,** 320, 957 — **(Wolff) 77,** 359, 958.
Opsonine der Frauenmilch und der Kuhmilch (Jundell) 6.
Opsonischer Index des Blutserums bei Tuberkulose (Cannata) 981.
Optikus, Atrophie (Terrien, Babonneix und Dantrelle) 739 — (de Villa) 1009.
Orbicularis palpebrae, Paralyse und Innervation (Roasenda) 779.
Orbita, Chlorom (Bierring) 261.
Orbitale Neubildungen und temporäre Myopie (Handmann) 402.
Orchitis, akute (Ombrédanne) 592, 734 — doppelseitige (Guérin-Valmale und Payan) 998.
Orchitis nach Mumps (Smith) 257.
Orchi-epididymitis (Malarte) 1014.
Organe, Minderwertigkeit (Friedjung) 617, 323.
Organotherapie bei Ekzemen (Rocaz) 316.
Orthodontie (Stathers) 278, 749.
Orthopädie (Young) 756 — (Sever) 278.
Orthopädie, Handbuch (Denucé und Nové-Josserand) 704.
Orthopädie im Säuglingsalter (Spitzy) 535.
Orthopädische Behandlung der Poliomyelitis (Campbell) 193 — (Klose) 224.
Orthotische Albuminurie (Castaigne) 997 — (Dufour und Nuller) 733.
Orthotische Albuminurie, Herzgröße und Herzfunktion (Bass und Wessler) 732, 855, 987 — Beziehung zur Tuberkulose (Arnold) 591.
Orthotische Albuminurie und Tuberkulose **(Reyher) 82,** 983 — (Sturm) 717.
Orthotische Albuminurie, Korrektionsversuche der Wirbelsäule (Jehle) 490, 733.
Oryzanin (Suzuki, Shimamura und Odake) 364.
Os naviculare, Köhlersche Erkrankung (Wohlauer) 756.
Os sacrum, angeborenes Fehlen (White) 280.
Ösophagismus (Peacoke) 265.
Ösophagus, spindelförmige Erweiterung bei Wirbelsäulenversteifung (Arnstein) 994.
Ösophagus, angeborene Stenose (Adam) 122 — (Guisez) 264 — (Morison) 729 — (Scheltema) 701.
Ösophagus, Narbenstenose (Broeckart) 1011.
Ösophagus, Divertículum oberhalb einer narbigen Ösophagusstenose (Flesch) 728, 854.
Ösophagus, Striktur (Morton) 729.
Ösophagus, kongenitale Atresie (Brennemann) 396, 995 — (Edington) 995 — (Forßner) 757 — (Steinert) 996 — (Petersen) 759.
Ösophagus, Verschluß (Rotch) 996.
Ösophagus, angeborener partieller Defekt (Konopacki) 729.
Ösophagus, angeborene Undurchgängigkeit (Zeit) 435.
Ösophagus, Fremdkörper (Heflin) 1013 — (Wurtz) 1016.
Ösophagus, angeborene Phlebektasie (Vorpahl) 476.
Ösophagus, Diphtherie (Rolleston) 157, 896, 977.

Ossifikation des Knies (Delherm) 955.
Ossifikation der Extremitätenknochen (Puyhaubert) 955.
Ossifikation, Wirkung kleiner Phosphorgaben (Autier) 957.
Osteitis, tuberkulöse (Doumer) 652.
Osteoarthropathie, hypertrophische, pneumonische (Fragale) 735 — (Vas) 1000.
Osteodystrophia juvenilis (Berdez) 742.
Osteogenesis imperfecta (Cardamatis) 1006 — (Getzowa) 272 — (Preiswerk) 272 — (Schwarz und Bass) 389, 662, 744 — röntgenologische Untersuchung (Fränkel) 1006.
Osteomalazie (Apert und Lemaux) 742 — (Martin) 743 — Symptomatologie (Ogata) 743.
Osteomalazie, Ätiologie und Therapie (Stocker) 744.
Osteomyelitis 1013 — (Etienne und Aimes) 750 — (Kirmisson) 1013.
Osteomyelitis, Leukozytenzählung (Fiske) 850.
Osteomyelitis und Knochentuberkulose, diagnostische Bedeutung der Leukozytenzahl (Fiske) 723.
Osteomyelitis, lokalisierte (Simmons) 1015.
Osteomyelitis, akute eitrige (v. Khautz) 698.
Osteomyelitis, der langen Knochen (Phélip) 277, 736.
Osteomyelitis des Oberkiefers (Francais) 1012.
Osteomyelitis der Klavikula (v. Khautz) 751.
Osteomyelitis des Radius und des Femur (Kirmisson) 751.
Osteomyelitis der Hüfte (Fabresse) 750.
Osteomyelitis der Patella (Partsch) 232.
Osteomyelitis, tuberkulöse der Finger (Green) 982.
Osteomyelitis, syphilitische (Fitzwilliams) 164.
Osteopsathyrosis (Scholz) 11.
Osteopsathyrosis, congenita (Bamberg und Huldschinsky) 859.
Osteopsathyrosis foetalis (Mayerhofer) 699, 743.
Osteopsathyrosis idiopathica **(Klose) 347**, 1006 — (Lewy) 209 — (Zesas) 1007.
Osteotomie, subkutane (Amend) 277.
Oszillometrie von Puls und Blutdruck (Balard) 717 — zum Nachweis des Scheintodes (Balard) 280, 628.
Otitis media (Voorhees) 1010 — (Wanner) 123.
Otitis, seröse, interne (Manasse) 779.
Otitis media acuta, intrakranieller Bluterguß (Recken) 786.
Otitis media und Pyelitis beim Säugling (Glaser und Fließ) 593, 998.
Otitis media und Pseudodiphtheriebazillen (Reh und Méroz) 226, 274.
Otitis media, Diphtherie (Szmurlo) 178.
Otitis media perforativa bei Scarlatina (Holmgren) 253, 421.
Otitis, Ertaubung nach Scharlachotitis (Busch) 971 — plötzliche Ertaubung bei Scharlachotitis (Manasse) 779.
Otitis und Meningitis purulenta (Bonhoff und Esch) 786.
Otorrhöe, chronische (Phillips) 748.
Ovarium in Beziehung zur experimentellen Milchauslösung (Basch) 243, 473.
Ovarium, Einfluß auf das Wachstum der Brustdrüse (Schickele) 994 — innersekretorische Beziehungen zwischen Mamma und Ovarium (Cohn) 658, 726.
Ovarium, Tumoren (Klauhammer) 276, 733.
Ovarium, Sarkom (Lesage und Girault) 276, 444, 734.
Ovarium, Teratom (White) 1016 — malignes Teratom (Monnier) 1014.
Ovarium, Karzinom (Etienne und Aimes) 733.
Ovarium, Zyste (Vanverts) 1016 — maligne multilokuläre Zyste (Cowie) 997 — voluminöse multilokuläre Zyste (Kirmisson) 733.
Ovarium, sklerozystitisches (Lapeyre) 1014.
Ovarium, Affektion bei epidemischer Parotitis (Brooks) 971.
Ovosera (Galli-Valerio und Bornand) 12.

Oxalsaures Natrium, Einfluß auf den Mineralstoffwechsel (Luithlen) 248.
Oxyuren (Guérin) 995.
Oxyuris vermicularis (Hildebrand) 728.
Oxyuren, Appendizitis (Garin und Chalier) 1012 — und Appendizitis (Rheindorf) 730.
Oxyuren und Diabetes (Stettiner) 315.
Oxyuren, Diagnostik und Therapie (Trumpp) 342.
Oxyuren, Behandlung (Jödicke) 315.
Oxyprotsulfosäure und Kasein (Schuberthowna) 11.

Pachymeningitis haemorrhagica interna (Rosenberg) 505.
Pachymeningitis bei Keuchhusten (Hada) 974.
Pagetsche Knochenerkrankung und Syphilis (Etienne) 648.
Palpable Gebilde des menschlichen Körpers (Cohn) 558.
Panethsche Zellen (Kull) 238.
Pankreas (Wohlgemuth) 13.
Pankreas, Fermente (Hess) 206, 728 — (Mellanby und Wooley) 626 — Fermente bei alimentärer Intoxikation (Hess) 626 — Fermente in den Fäzes (Koplik und Crohn) 247 — Fermente bei Pylorospasmus (Hess) 206.
Pankreas, Lipase bei akuten Darmstörungen (Hess) 626.
Pankreas, Langerhanssche Inseln (Wilms) 266.
Pankreas, Saftsekretion (Bondi und Salomon) 732.
Pankreas, Insuffizienz (Porter) 912, 997.
Pankreas, mangelhafte Entwicklung (Blakeway) 278, 437.
Pankreas, pankreatischer Infantilismus (Eason) 732.
Pankreas, Galle und seine Ausführungsgänge bei kongenitalem Verschluß der Gallenwege (Hess) 626.
Pankreatitis, akute gutartige (Gorter) 701 — und Ikterus (Goldie) 438, 732.
Pantopon in der Kindertherapie (Ausset) 612 — in der Kinderpraxis (Piket) 613.
Papaverin zur röntgenologischen Differentialdiagnose (Holzknecht und Sgalitzer) 996.
Papilläre Atrophie (Dide) 1002.
Papillome der Vulva (Comby und de Vaugiraud) 267 — des Larynx (Chiari) 1011 — diffuses rezidivierendes des Larynx (Halphen und Fontaine) 1009.
Papillome und Laryngotomie (Fontaine) 748.
Parakasein, aschefreies (van Slyke und Bosworth) 964 — Zusammensetzung und Eigenschaften (van Slyke und Bosworth) 662 — Fällungsgrenzen (Liebert) 7 — Kalzium (Bosworth und van Slyke) 658, 957.
Paralexie **(Girstenberg) 631.**
Paralyse, allgemeine (Naville) 738 — allgemeine infantile (Milian) 641 — allgemeine juvenile (Daniouchevsky) 269.
Paralyse, juvenile (Klieneberger) 781, 827 — (Rosenfeld) 739.
Paralyse mit meningealem Anfang (Collin und Gauchery) 972.
Paralyse, infantile spinale von Werding-Hoffmann (Scheltema) 701.
Paralyse, akute Bulbärparalyse nach Mumps (Collins) 788.
Paralyse, Typus Duchenne-Erb (D'Espine) 269.
Paralyse, Pseudobulbärparalyse (Fickler) 1002 — kongenitale Pseudobulbärparalyse (Chaslin und Delage) 736.
Paralyse, spastische Lähmung (Biesalcki) 493, 693, 736 — phylogenetisches Moment in der spastischen Lähmung (Foerster) 594 — spastische; Resektion hinterer Rückenmarkswurzeln (Foerster) 833 — Operation zur Beseitigung der spastischen Lähmungen (Stoffel) 394 — spastische; Sehnenoperation und Nervenoperation (Vulpius) 833 — spastische; Resektion der peripherischen Nerven (v. Schiller) 833.
Paralyse, infantile hemiplegische (Gierlich) 737, 783.
Paralyse, progressive (Lesage und Collin) 649 — juvenile progressive (Nobel) 323.
Paralyse, zerebrale (Ely) 1002 — zerebrale; histologische Veränderungen des Knochengewebes (Pini) 955 — zerebrale und Epilepsie (Clark und Sharp) 1002.
Paralyse, akute zentrale infektiöse (Hazen) 974.
Paralyse, diphtherische (David) 378 (Porak) 298 — (Rolleston

644, 845 — (Römer und Viereck) 977 — pathologische Physiologie der diphtherischen Lähmungen (Guillain und Laroche) 637 — diphtherische in pseudo-tabetischer Form (Auché und Dantin) 632.
Paralyse, postdiphtherische (Acuna) 970 — postdiphtherische Lähmungen (Dransfeld) 298 — postdiphtherische (Duncker) 973 — postdiphtherische (Steinhoff) 646.
Paralyse, zentrale nach Diphtherie (Dynkin) 895.
Paralyse, Pathogenese und Klinik der zerebralen postdiphtherischen Lähmungen (Dynkin) 595, 635.
Paralyse, postdiphtherische Akkommodationslähmung (Auerbach) 970.
Paralyse, postdiphtherische Abduzenslähmungen (Rother) 644.
Paralyse, postdiphtherische Fazialislähmung (Wolff) 426.
Paralyse, Behandlung postdiphtherischer Lähmungen durch Heilserum (Chron) 298.
Paralyse, Geburtslähmung (Pironneau) 738 — toxischer Charakter des Kolostrums bei Geburtslähmung (Kastle und Healy) 270.
Paralyse, komplette periphere Fazialislähmung (Rosenberg) 695, 739.
Paralyse, erworbene Augenmuskellähmung (Lundsgaard) 640, 781 — zyklische Okulomotoriuslähmung (Lauber) 856.
Paralyse, spondylitische (Bade) 915.
Paralyse, Ulnarislähmung und angeborene Halsrippe (Bibergeil und Blank) 777.
Paralyse, temporäre des Nervus peroneus (Anzoletti) 277 — Peroneuslähmung durch amniotische Schnürfurche (Peltesohn) 777.
Paralyse, Fußmuskellähmung (Ducroquet) 737.
Paralyse, intradurale Wurzelanastomose zur Heilung der Blasenlähmung (Frazier und Mills) 737 — Blasenlähmung bei Poliomyelitis (Campora) 634.
Paralyse, Behandlung Hydrotherapie (Laqueur) 738 — Behandlung durch Lumbalinstillationen von Neosalvarsan (Marie und Levaditi) 1003 — operative Behandlung (Pussep) 833 — orthopädisch-chirurgische Behandlung (Reiche) 1017 — Behandlung paralytischer Deformitäten (Openshaw) 1014.
Paramyoclonus (Lafforgue) 788 — multiplex (Feri) 735.
Paranoia (Roubinovitch) 1004.
Paranukleine (Gay und Robertson) 4.
Paraplegie, spastische primäre (Salerai) 781.
Paraplegie, spastische hereditäre syphilitische (Marfan) 649.
Paraplegie, familiäre amaurotische (Stewart) 792.
Paraplegie nach Keuchhusten (Saunders) 644.
Parathyreoidea bei Rachitis (Weichselbaum) 858.
Parathyreoidea und Spasmophilie (Petrone und Vitalle) 249 — und Tetanie (Pollini) 631.
Parathyreoidea, Beziehungen zum Kropf (Mayo und Grath) 804.
Parathyreoidea, Beziehungen zur Säuglingstherapie (Grulee) 631.
Parathyreoidin, Behandlung der Spasmophilie (Meyer) 891, 970.
Paratoxin, Wirkungen bei Lungentuberkulose (Vandeputte) 984.
Paratuberkulöse Dystrophie (Maggiore) 254.
Paratyphus (Chevrel) 972 — (Comby) 634.
Paratyphus beim Brustkinde **(Blühdorn) 80.**
Paratyphus, Bazillus paratyphosus-B im pleuritischen Exsudat (Frank) 563.
Paratyphus, Arthritis paratyphosa tarsi (Tillgren und Troell) 847.
Paravertebrale Dämpfungen bei Aortitis (Elias) 718.
Parese, organische (Mingazzini) 1003.
Parese der unteren Extremitäten (Sperk) 322.
Parese des Oculomotorius externus bei Syphilis (Nathan) 649.
Parinaudsche Krankheit (Adam und Wäzold) 401 — (Rosenhauch) 402.

Parinaudsche Konjunktivitis (Meissner) 402.
Parotitis epidemica, Ätiologie (Bonazzi) 971 — (Merelli) 641.
Parotitis epidemica, Blut und Zerebrospinalflüssigkeit (Feiling) 635.
Parotitis epidemica, seltene Form (Labanowski) 638.
Parotitis epidemica, wiederholte Erkrankung (Friedjung) 252, 429.
Parotitis epidemica, Pulsverlangsamung (Grande) 974.
Parotitis epidemica, akute Bulbärparalyse (Collins) 788.
Parotitis und Nervus facialis (Gregoire) 770.
Parotitis epidemica, Erkrankung des Nervus octavus (Mauthner) 640.
Parotitis epidemica und Enzephalitis (Bien) 539.
Parotitis epidemica, Affektionen des Ovariums (Brooks) 971.
Parotitis mit Meningitissymptomen (Soucek) 645.
Parotitis epidemica, Orchitis (Smith) 257.
Parotitis und Pneumokokkenperitonitis (Sympson) 979.
Parotitis epidemica, seltene Miterkrankung (Schulz) 645.
Parotitis epidemica, Komplikation der Cholera (Sabella) 644.
Parotitis epidemica, Behandlung mit Formamint (Burchard) 900.
Parotitis, akute interstitielle (Gordon) 992.
Parovarialzyste (Deane) 997.
Parrotsche Pseudoparalyse (Rocher) 650.
Pastia (Bizzarri) 239.
Pasteurisierung (Ayres und Johnson jun.) 657 — (Jordan) 623 — (Morse) 623 — der Milch (Schorer und Rosenau) 623 — Nachweis durch Guajaktinktur (Weigmann) 13.
Pasteurisierte Milch (Morse) 147.
Patella, hereditärer Mangel (Firth) 279 — doppelseitiges Fehlen (Kirmisson) 758.
Patella, Subluxation (Broca) 275 — kongenitale Luxation (Straub) 755 — rezidivierende Luxation (Nageotte-Wilbouchewitch) 276, 443.
Patella, Osteomyelitis (Partsch) 232.
Pavor nocturnus (Allan) 268 — und Schlafstörungen (Fischer) 270.
Pedikulose des Kopfes (Sobel) 1008.
Pediculi capitis, Behandlung (Whitfield) 442.
Pedunculus, Tuberkel (Bueri) 166.
Pektoralis, Defekt (v. Pfaundler) 930.
Peliosis rheumatica (Arcelli) 269.
Pellagra (Rice) 742 — (Snyder) 87, 742 — tödliche (Box) 741.
Pellagra, histologische Veränderungen am Nervensystem (Mott) 1005.
Pellidol (Hoffa) 563 — zur Ekzembehandlung (Bautlin) 316.
Pemphigus vulgaris (Kyrle) 1007.
Pemphigus beim Neugeborenen (Pallesen) 642.
Pemphigus, kongenitaler mit Epidermiszysten (Heulz) 637.
Pemphigus, kongenitaler und familiärer (Balzer und Landesmann) 744.
Pemphigus benignus (Zarfl) 746, 875, 939.
Pemphigus, infektiöser (Weill und Dufourt) 647, 875.
Pemphigus von dystrophischer Form (Nicolas, Moutot und Charlet) 1008.
Pemphigoid, Ätiologie (Hofmann) 874.
Penis, Diphtheriebazillen (Kolmer) 253.
Pentosurie **(Aron) 177,** 597, 1005.
Pepsin, (Rakoczy) 662 — Kaseinverdauung (van Dam) 3, 367.
Pepsin, Einfluß des Speichels (Allaria) 1.
Pepsin und Lab (Rütimeyer) 11 — Trennung von Lab durch elektrischen Strom (Burge) 3.
Peptidspaltendes Ferment in Frauenmilch (Warfield) 13.
Pepton, Injektionen bei familiärer Hämophilie und Purpura (Nobécourt und Tixier) 742, 907.
Pepton, Injektion bei Barlowscher Krankheit (Funaioli) 741.
Periarthritis, tibio-tarsale (Lancial) 751.
Perichondritis, syphilitische (Fitzwilliams) 164.
Periendocarditis (Arcelli) 269.

Perikard, Obliteration (Nobécourt) 988.
Perikarditis, Klinik und Therapie (Blechmann) 705, 987.
Perikarditis, eitrige (Duthoit) 988.
Perikarditis, akute (Nobécourt) 988.
Perikarditis, chronische (Nobécourt) 988.
Perikarditis, tuberkulöse (Jahn) 653.
Periostale Dysplasie (Broca, Francais und Bize) 1011 — Dysplasie (Regnault) 744 — Dysplasie und Mikromelie (Bonnaire und Durante) 743.
Periostitis ossificans luetica (Vogel) 136.
Peripharyngealabszeß (de Vaugiraud) 277.
Peritoneum, Beziehung zum Muskelgewebe des Uterus (La Torre) 611.
Peritonitis, Pinselung des Bauchfells mit Jodtinktur (Hofmann) 305.
Peritonitis, akute (Porak) 260.
Perikarditis purulenta mit Pneumonie (Duthoit) 259.
Peritonitis durch Pneumokokken (Cameron) 155 — (Polonsky) 265 — durch Pneumokokken bei Parotitis (Sympson) 979 — durch Pneumokokken und Vulvitis (Tridon) 979.
Peritonitis, primäre durch Streptokokken (Lennan und Nec) 579.
Peritonitis, eitrige; Behandlung nach Fowler-Murphy (du Pan) 642.
Peritonitis, tuberkulöse (Luna) 254 — tuberkulöse (Stoops) 984 — tuberkulöse; Differentialdiagnose (Sheffield) 984 — tuberculosa, marantische Thrombose (Vogel) 115, 118 — tuberculosa, Heliotherapie (Cantilena) 651 — tuberkulöse, Heliotherapie (D'Oelsnitz) 255 — tuberkulöse; Sonnen- und Seekur (Jaubert) 982 — tuberkulöse; Behandlung mit Rekalzifikation (Giraud) 653.
Perlsuchtbazillen, Bedeutung für die Tuberkulose des Kindes (Deist) 981.
Perniziöse Anämie (Gaskey) 723 — (Babonnneix ud Tixier) 723.
Perniziöse Anämie mit Splenomegalie (Barbier) 723.
Perniziöse Anämie, Bluttransfuison (Bennecke) 321 — Indikation von Serum (John) 321.
Peroneus, temporäre Lähmung (Anzoletti) 277 — Lähmung durch amniotische Schnürfurche (Peltessohn) 777.
Peroxydase der Milch (Grimmer) 5, 622, 659 — (Splittgerber) 12 — der Milch und Alkalität (Kooper) 7.
Peroxydase, Reaktion der Milch (Jona) 660, 964.
Peroxydase, Fermentnatur (Hesse und Kooper) 6.
Peroxydase in pathologischen Flüssigkeiten (Marfan, Ménard und Saint-Girons) 359, 957.
Pertussis (Buck) 251 — (Green) 252 — (Kelin) 638 — (Ladd) 300 — (Mallory) 975 — (Saunders, Johnson, Witte und Zahorsky) 300 — (Singer) 487.
Pertusiss in den ersten Lebensmonaten (Perrin und Remy) 977.
Pertussis, Ätiologie (Porcelli) 977.
Pertussis, bakteriologische Diagnose (Weil) 614, 980.
Pertussis, Bazillen (Mallory) 894.
Pertussis, Bordet-Gengoucher Bazillus (Mallory und Henderson) 640 — Bordet-Gengousche Bazillen (Mallory, Horner und Henderson) 429, 580 — Bordet-Gengousche Bazillen (Poleff) 614, 880 — Bordet-Gengousche Bazillen (Shiga, Imai und Eguchi) 614, 880.
Pertussis, Giftigkeit des Harns (Aronson und Sommerfeld) 213.
Pertussis, Komplementbindung (Manicatide) 640, 975 — Komplementablenkung (Netter und Weil) 255 — Komplementablenkung gegenüber dem Bordet-Gengouschen Bazillus (Weil) 980.
Pertussis, psychogenes Moment (Oberholzer) 642.
Pertussis, Komplikationen (Leclerc) 975.
Pertusiss, Gehirnkomplikationen (Hada) 974.
Pertussis, Paraplegie (Saunders) 644.
Pertussis und Spasmophilie (Erlanger) 473, 846, 973.
Pertussis, Sehnervenentzündung (Wiegmann) 403.

Pertussis, Herzveränderungen (Brick) 633.
Pertussis, histologische Veränderungen im Respirationstrakt (Mallory und Hornor) 161, 254, 429.
Pertussis, Hautblutungen bei pertussisartigen Hustenanfällen (Schick) 699, 720.
Pertussis, Schwellung der tracheobronchialen Lymphdrüsen (Goubau) 974.
Pertussis, Rezidiv (Soucek) 645.
Pertussis, Epidemiologie und Therapie (Sauer) 978.
Pertussis, Natur und Verhütung (Rucker) 644 — Prophylaxe (Caverly) 634 — Prophylaxe (Fronz) 636 — Bekämpfung (Morse) 976.
Pertussis, Behandlung (Althoff) 300 — (German) 300 — (Lenzmann) 254, 300 — (Roux) 644 — (Wassermann) 980.
Pertussis, Vakzine (Scott) 240 — Vakzine zur Therapie und Prophylaxe (Saunders, Johnson, White und Zahorsky) 257.
Pertussis, Vakzinebehandlung (Bamberger) 250, 381 — (Graham) 300 — (Lagane) 581, 639 — (Nicolle und Conor) 642, 976 — Vakzinetherapie (Scott) 645 — (Sill) 645, 845 — (Wilson) 846, 980 — Vakzinetherapie (Yakovlev) 980.
Pertussis, Serumbehandlung (Klimenko) 381 — Behandlung mit Bordet-Gengouschem Serum (Duthoit) 161, 635.
Pertussis, medikamentöse Behandlung (Herz) 637 — (Rey) 903, 983.
Pertussis, Adalinbehandlung (Baderna) 632.
Pertussis, Behandlung mit Adrenalin (Fletcher) 487.
Pertussis, Behandlung mit Chineonal (Fränkel und Hauptmann) 300 — (Pauli) 895.
Pertussis, Behandlung mit Drosan (Brettschneider) 895.
Pertussis, Jodbehandlung (Cavazzani) 251.
Pertussis, Behandlung mit intravenösen Jodoforminjektionen (Dewar) 487, 635.
Pertussis, öffentliche Vorschriften (Morse) 846.
Pfeifferscher Bazillus beim Säugling (Lagane) 639.
Pfeiffersche Bazillen, Meningitis (Haushalter und Jacquot) 974.
Pflege (Herbert) 954 — (Maygrier) 968.
Pflegekinder, Aufsicht (Müller) 283 — (Taube) 284.
Pflegekinder, syphilitische (Wendel) 1024 — Versorgung luetischer (Rommel) 130.
Pflegekinder in Baltimore (Knox und Thomas) 614.
Pflegevormundschaft (Taube) 284.
Phagozytose bei Masern (Tunnicliff) 258.
Pharyngitis, primäre (Galdiz) 989.
Pharynx, Erkrankungen (Kyle) 1009.
Pharynx, atypische Diphtherie (Lind) 639 — Diphtheribazillen im Rachensekret (Conradi) 380.
Pharynx, primäres Ödem (Ernoul) 989.
Pharynx, Angiom der Schleimhaut (Sanderson) 231.
Pharynx, Pflege (Hays) 274.
Phenolphthalein, unbeabsichtigt hohe Dosis (Orland) 958.
Phimose, radikale Behandlung (Spitzy) 1015.
Phlebektasien, angeborene des Ösophagus (Vorpahl) 476.
Phlebitis, der unteren Extremität (David) 750.
Phlegmone, perinephritische (Thévenot) 763.
Phlyktäne, Ätiologie der phlyktänulären Augenentzündungen (Rubert) 402.
Phlyktänuläre Augenerkrankungen (Allan) 746.
Phobie, hysterische (Williams) 596.
Phocomelie (Thomas) 1020.
Phosphate, organische und anorganische im Stoffwechsel (Grosser) 625.
Phosphatide der Milch (Njegovan) 623.
Phosphaturie (Genty) 625.
Phosphor, Stoffwechsel (Genty) 625.
Phosphor, Einfluß auf den respiratorischen Stoffwechsel (Hirz) 626.
Phosphor, Stoffwechsel bei intestinalem Infantilismus (Grudden und Fales) 625.

Phosphor und Kalk beim Wachstum (Herbst) 625.
Phosphor, biologische Bedeutung für den wachsenden Organismus (Maslow) 626.
Phosphor, Beeinflussung des Knochenwachstums durch phosphorarme Ernährung (Schmorl) 966 — Wirkung kleiner Phosphorgaben auf die Ossifikation (Autier) 612, 957.
Phosphor, Stoffwechsel des wachsenden Schweines (Weisser) 368 — Bedeutung in der Nahrung wachsender Hunde (Durlach) 625.
Phosphor, klinischer Wert der Bestimmung des anorganischen Phosphors im Harn (Kaminer und Mayerhofer) 626.
Phosphor, Einfluß organischer und anorganischer Verbindungen auf die Milchsekretion (Fingerling) 4.
Phosphor, Bestimmung in der Milchasche (Bordas und Touplain) 622.
Phosphor bei Rachitis (Schloss) 598, 966 — Wirkung im Phosphorlebertran bei Rachitis (Geßner) 409.
Phosphor, alimentäre Galaktosurie bei experimenteller Phosphorvergiftung (Roubitschek) 627.
Phosphorgehalt der Schilddrüse (Fenger) 993.
Phosphorsäure, Stoffwechsel (Wolff) 13.
Phosphorsäure, Verteilung auf Harn und Kot (Würtz) 627.
Phosphorsäure, Aufnahme und Verwertung durch den Darm (Zuckmayer) 627.
Physikalische und physikalisch-chemische Forschungen beim Säugling (Salge) 611.
Pigmente, vikariierende für Haarbildung (Christ) 1007.
Pikrinsäure bei Hautläsionen (Wilcox) 1008.
Pinealdrüse siehe Glandula pinealis.
Pithyriasis rosea (Bunch) 212.
Pituitrin (Späth) 613.
Plantarreflex, gekreuzter (Bramwell) 773.
Plätschergeräusch, pleurales (Renault) 260 — (Variot und Rousselot) 260.
Plattfuß (Lance) 1017 — Behandlung (Schulthess) 755.
Plautsche Angina (Le Blaye) 724.
Plazentare Respiration (Nicloux) 238, 358.
Plazenta, Hormone (Niklas) 964 — Durchtritt der Fermente (Wohlgemuth) 238.
Plazenta, in Beziehung zur experimentellen Milchauslösung (Basch) 245, 473,.
Plazenta, Gewicht in Beziehung zum Gewicht des Fötus (Laurent) 967.
Plazenta der Riesenkinder (Costa) 628.
Plazenta, Verwachsungen mit dem kindlichen Schädel (Schetter) 1020.
Plazenta, benigne Tumoren (Plauchu und Savy) 1015.
Pleuraempyem, Klinik und Therapie (Zybell) 309.
Pleurales Plätschergeräusch (Renault) 260 — (Variot und Rousselot) 260.
Pleuritis (Brown) 989 — (Reano) 990 — beim Säugling (Pironneau) 260.
Pleuritis exsudativa, Behandlung mit Stickstoffinsufflation (Horwitz) 721.
Pleuritis purulenta 722 — (Cannata) 989 — (Mégevand) 721 — (Roig, Raventos und Marimon) 722 — (Savariaud) 990.
Pleuritis purulenta durch Pneumokokken (Nobécourt und Saint-Girons) 721.
Pleuritis purulenta, tuberkulöse (Abdel-Hamid-el-Chafei) 981.
Pleuritis, seröse, Autoserotherapie (Fenewa) 260.
Pleuritis bei Pneumonie (Duthoit) 259 — metapneumonische (Mouriquand) 721.
Pleura, Emphysem bei Pneumonie (Gielczynski) 175.
Pleuritis mit opaleszierendem Erguß (Hutinel) 989.
Pleuritis, Bazillus paratyphosus beim pleuritischen Exsudat (Frank) 563.
Pleuritis, Diagnose und Behandlung (Milhit) 989.
Pleuritis, Bedeutung des Signe du sou (Ostrowski) 722, 905.
Pleuritis, Behandlung mit Rotlichtbestrahlung (Kuttner und Laquer) 309.

Pneumokokken, Infektion (Fulton) 252.
Pneumokokken, Chemotherapie der Pneumokokkeninfektion (Guttmann) 96.
Pneumokokken, Immunisierung mit proteolytischen Spaltprodukten der Pneumokokken (Jobling und Strouse) 363.
Pneumokokken, gleichzeitige Pneumokokken- und Tuberkuloseinfektion (Ribadeau-Dumas und Philibert) 716.
Pneumokokken, Empyem (Pouzin) 990.
Pneumokokken, chronische Infektion der Lungen (Shuterland und Jubb) 990 — Lungenabszeß (Barrington-Ward) 720.
Pneumokokken, Meningitis (Dollinger) 580, 973 — (Voisin und Stévenin) 979 — Meningitis mit normaler Zerebrospinalflüssigkeit (Brady) 633.
Pneumokokken, Peritonitis (Cameron) 155 — (Polonsky) 265 — Peritonitis bei Parotitis (Sympson) 979.
Pneumokokken, Pleuritis purulenta (Nobécourt und Saint-Girons) 721.
Pneumokokken, Sepsis (Korybut-Daszkiewicz) 177 — (Triboulet) 646 — Sepsis und Pseudodarmverschluß (Triboulet) 258 — Sepsis bei hereditärer Syphilis (Dupérier) 985.
Pneumokokken, Vulvovaginitis (Chapple) 267.
Pneumokokken, Zerebrospinalmeningitis (Dujol) 252.
Pneumokokken, Erkrankung der Knochen und Gelenke (Uhlmann) 736.
Pneumonie (Bell) 720, 988 — (Denéchau) 720 — (D'Espine) 721 — (Freeman) 989 — (Fuller) 989 — (Hutinel) 989 — (Pironneau) 722 — (Samaylova) 260 (Weill und Mouriquand) 261.
Pneumonie, chronische (Stein) 176.
Pneumonie, prolongierte (Jacquard) 721.
Pneumonie, rudimentäre (Rousselot) 722.
Pneumonie, lobäre Form (Riesmann) 990 — genuine, lobäre (Thürlings) 722.
Pneumonie, krupöse (Weill und Mouriquand) 722 — Pathogenese der krupösen (v. Calvar) 720.
Pneumonie, anorganischer Stoffwechsel (Peabody) 248, 417.
Pneumonie, Diagnostik (Weill) 722 — Diagnose der krupösen (Mouriquand) 721.
Pneumonie, Bedeutung des Signe du sou (Ostrowski) 722, 905.
Pneumonie, Respirationspausenzyklus (Ott) 722.
Pneumonie, Sauerstoffgehalt des Blutes (Peabody) 990.
Pneumonie, Einfluß frischer Luft auf den Blutdruck (Howland und Hobler) 308.
Pneumonie, Gutartigkeit (Maillet) 260.
Pneumonie mit Pleuritis und Pericarditis purulenta (Duthoit) 259.
Pneumonie, Brustfell-, Mittelfell- und Hautemphysem (Gielczynski) 175.
Pneumonie, ungewöhnlicher Fieberverlauf bei kruppöser Pneumonie (Amstel) 588, 720.
Pneumonie, anatomische Veränderungen bei Influenzapneumonie (Davis) 428.
Pneumonie nach Masern (Triboulet) 646 — bei Masern (Weill, Mouriquand und Gardère) 980 — Morbidität und Mortalität der Masernpneumonie (Maier) 578, 721, 975.
Pneumonie, hypertrophische Osteoarthropathie (Fragale) 735.
Pneumonie, Streptokokkenarthritis als Komplikation (Lowenburg) 254, 721.
Pneumonie, Epidemiologie (Weill und Mouriquand) 722.
Pneumonie, Pathogenese und Behandlung (Beco) 84.
Pneumonie, Behandlung (Arneth) 988 — (Rouèche) 990 — Serumbehandlung (Freemann) 210, 721 — spezifische Opotherapie (Fragale) 989 — Sauerstoffeinatmung (Delcourt) 720 — Behandlung mit Elektrargol (Delhaye) 84.
Pneumonie während der Arsenbehandlung (Parkes) 722.
Pneumonie wegen Fremdkörper (Kellock) 751, 905.
Pneumothorax (D'Oelsnitz) 989 — (Variot) 260 — (Variot, Barret und Sédillot) 722 —

künstlicher (Pielsticker und Vogt) 309.
Pneumothorax und Atemmechanik **(van de Kasteele) 100.**
Pneumotyphus (Hutinel) 580, 637.
Pocken (Jochmann) 557. — Siehe Variola.
Polarisation des Chlorkalziumserums der Milch (Forschner) 659.
Polemik, Bemerkungen zur Kritik Langsteins über das Buch „Über Säuglingsernährung" **(Schloss) 54.**
Poliklinik, Wert des Visitationsdienstes (Ostheimer) 171.
Polioenzephalitis (Batten) 458 + (Hazen) 974.
Polioenzephalomyelitis mit Neuritis optica (Hertz und Johnson) 737 — in England (Tomkys) 225.
Poliomyelitis, Sammelreferat über die amerikanische Literatur (Wachenheim) 193.
Poliomyelitis (Acquaderni und Cenni) 970 — (Atlee) 193 — (Bacon) 193 — (Batten) 458 — (Batten und Holmes) 1001 — (Brown) 876 — (Bruno) 524 — (Buzzard) 224 — (Clark) 634 — (Deutschländer) 251 — (Ely) 973 — (Flexner) 253 — (Freedman) 193 — (Frisco) 636 — (Froment) 270 — (Gorowitz) 252 — (Hazen) 974 — (Hewitt) 225 — (Kennedy) 638 — (Kling und Levaditi) 253, 900 —(Krause) 254, 781 — (Lapage) 975 — (Niehaus) 255 — (Peabody, Draper und Dochez) 256 — (Saunders) 257 — (Schoug) 645 — (Schümer) 356 — (Somerville) 194 — (Sophian) 257 — (Wernstedt) 980 — (Williams) 194 — (Wylder) 876.
Poliomyelitis, subakute (Ravenna) 643.
Poliomyelitis, sporadische akute (Proschkin) 256.
Poliomyelitis, sporadische und epidemische (Thomson) 194, 646.
Poliomyelitis, chronische (Starke) 646.
Poliomyelitis, Erkrankung von Geschwistern (Trumpp) 341,483, 646 — bei Geschwistern (Moricheau-Beauchant, Guyonnet und Corbin) 641.
Poliomyelitis, Ätiologie (Alho) 606 — (Bruno) 898, 971 — (Kling) 483, 638 — (Neustaedter) 194, 642 — Ätiologie und Pathologie (Mason) 194.
Poliomyelitis, Virus (Levaditi) 639 — Kultivierung des Mikroorganismus (Flexner und Noguchi) 876, 898, 899, 973.
Poliomyelitis, Kontagiosität (Netter) 255.
Poliomyelitis, Infektionsmodus (Flexner) 193, 635 — Eindringen des Virus durch die Nasenschleimhaut (Levaditi und Danulesco) 639.
Poliomyelitis, Übertragung (Kling, Wernstedt und Petterson) 638 — (Langhorst) 639 — (Lucas und Osgood) 640 — (Netter) 642 — (Rosenau) 644, 876.
Poliomyelitis in Beziehung zu Erkrankungen von Haustieren (Bruno) 971.
Poliomyelitis, Übertragung des Giftes durch Insekten (Howard und Clark) 193, 253, 382 — Übertragung durch Fliegen (Anderson und Frost) 428, 632 — Übertragung durch die Stallfliege (Sawyer und Herms) 978 — Übertragung durch tote Gegenstände und Fliegen (Josefson) 383, 638.
Poliomyelitis, Übertragung durch Hunde (Langhorst) 193 — Lähmung beim Hunde (Flexner und Clark) 876 — nach Hundebiß (Haywood) 876.
Poliomyelitis bei einer Stute (Marchand, Petit, Fayet und Caziot) 975.
Poliomyelitis, Übertragungsexperimente (Lucas und Osgood) 876.
Poliomyelitis, experimentelle (Flexner) 252 — (Flexner, Clark und Fraser) 876 — (Neustädter und Thro) 224 — (Thomson) 646 — subdurale Epinephrininjektionen bei experimenteller (Clark) 634.
Poliomyelitis der Affen (Bordet und Danulescu) 633 — experimentelle bei Affen (Flexner, Clark und Dochez) 193 — Übertragung auf Affen (Macintosh und Turnbull) 253, 900.
Poliomyelitis bei Meerschweinchen (Neustädter) 642, 876.

Poliomyelitis, experimentelle und epidemiologische Forschungen in Schweden (Trethowan) 258.
Poliomyelitis, Diagnose (Somerville) 194 — (v. Starck) 646, 781 — Differentialdiagnose (Hoff) 493, 737 — Differentialdiagnose (Negus) 194, (Sharp) 978 — Frühdiagnose (Wilbur) 194 — Fehldiagnose (Zappert) 647, 700.
Poliomyelitis, Pathologie (Köhlisch, Lubarsch und Smidt) 253 — pathologische Untersuchungen (Skoog) 194, 257 — Läsion der Pyramidenbündel (Gismondi) 636 — Histopathologie (Walter) 258, 781 — histopathologischer Befund (Lafora) 638.
Poliomyelitis, Inkubationszeit (Schong) 383 — Blutuntersuchungen in der Inkubationsperiode (Broughton-Alcock) 781.
Poliomyelitis, Reflexe (Schreiber) 978.
Poliomyelitis, Zerebrospinalflüssigkeit (Fraser) 899, 974.
Poliomyelitis, Harnreaktion (Schreiber und d'Allaines) 978.
Poliomyelitis, Prognose (Manning) 781 — (Towrsend) 876.
Poliomyelitis, Klinik (Perfiljeff) 900.
Poliomyelitis, Symptome (Leroy) 194 — Symptomatologie (Niemann) 94 — Symptome (Seay) 194 — präparalytische Symptome (Colliver) 972 — Phase galvanischer Latenz (Luisada) 975 — mit choreiformen Symptomen (Netter und Ribadeau-Dumas) 976 — meningeale Reaktion (Brelet) 251 — meningeale Erscheinungen (Hutinel) 638 — meningeales Syndrom (Joltrain und Rouffiac) 1003 — meningitische Erscheinungen (Jordan) 974 — meningitische Form (Comby) 382, **(Netter) 555,** 458, 642, 976 — Meningitis durch Pfeiffersche Bazillen (Haushalter und Jacquot) 974.
Poliomyelitis, polyneuritische Form (Leopold) 975.
Poliomyelitis, akute transversale Myelitis (Sachs) 194 — transversale Myelitis (Skoog) 194.
Poliomyelitis, bulbärer Fall (Wiener) 194.
Poliomyelitis, Störungen der Sensibilität (Strümpel) 646.
Poliomyelitis, Parese der unteren Extremitäten und Ophthalmoplegia (Sperk) 322.
Poliomyelitis, erworbene Augenmuskellähmung (Lundsgaard) 640, 781.
Poliomyelitis, Blasenparalyse (Campora) 634.
Poliomyelitis, Veränderungen der Rachenschleimhaut (Neustaedter) 194.
Poliomyelitis, Schulter- und Armlähmungen (Bartow) 876, 970.
Poliomyelitis, Subluxation des Oberarms (Klar) 335.
Poliomyelitis und Syphilis (Touchard und Meaux-Saint-Marc) 258.
Poliomyelitis und Variola (Proescher) 876, 977.
Poliomyelitis, Kasuistik (Foster) 781 — (Widal, Levaditi, Brodin und Leoneano) 781.
Poliomyelitis, Wesen, Verhütung und Bekämpfung (Abesser) 632 — Prophylaxe (Popper) 643, (Saunders) 876.
Poliomyelitis, Behandlung (Malsbary) 640 — (O'Reilly) 876, 977.
Poliomyelitis, Behandlung des Frühstadiums (Manning) 194.
Poliomyelitis, Stauungsbehandlung (Ilhenny) 194, 253, 781.
Poliomyelitis, orthopädische Behandlung (Klose) 224 — orthopädisch-chirurgische Behandlung der Lähmungen (Peltesohn) 256, 382 — chirurgische Behandlung (Barbarin) 632.
Poliomyelitis, Muskelübung (Wright) 647.
Poliomyelitis, Sehnenüberpflanzung (Vulpius) 224.
Poliomyelitis, Transplantation von Seidensehnen (Allison) 876 — (Bartow und Plummer) 876.
Poliomyelitis, Behandlung mit Zelluloidhülsen (Batten) 428.
Poliomyelitis, Epidemiologie (Deussen) 973 — (Frost) 876 — (Müller) 641 — Epidemiologie und Therapie (Brandenberg) 93, 633 — in England (Cross) 225 — in Kalifornien (Gundrum) 876 — Epidemie in Lesje (Bidenkap) 427 — Untersuchungen in Massachusetts (Lovett) 639, 876 —

Epidemie in München (Ibrahim) 134 — Epidemie in den Niederlanden (Schippers und de Lange) 644 — in Norwegen (Harbitz) 193, 637 — Vorkommen in Oberösterreich (Stiefler) 551 — Epidemie in Polen (de Biehler) 250 — rheinisch-westfälische Epidemie (Deussen) 900 — Epidemie in Schweden (Wernstedt) 949 — Epidemie in Texarkana (Francis) 973.
Poliomyelitis, Sterblichkeit und Heilungstendenz (van Vliet Manning) 254.
Poliomyelitis, Anzeigepflicht (v. Pflaundler) 137.
Poltern (Major) 285, 614.
Polyadenomatosis intestinalis (v. Bokay) 727, 854.
Polyarthritis infolge Syphilis (Robson und Odgers) 987.
Polydaktylie (Malkin) 1019 — (Vogel) 1020.
Polylaktol (Friedemann) 474.
Polymyositis mit multiplen Kalkablagerungen (Kakels) 1000.
Polyneuritis (Hoffmann) 777 — (Schümer) 356 — Differentialdiagnose zur Poliomyelitis (Hoff) 493, 737.
Polyneuritis, akute bei familiärer Hämatoporphyrinurie (Barker und Estes) 732.
Polyp des Rektums (d'Arcis) 923 — (Federici) 1012.
Polypen, multiple der Blase (Carozzi) 732.
Polyp, der fossae nasales (Laurens) 1010 — zystischer im Nasenrachenraum (Criffin) 748.
Polyposis intestinalis (v. Bokay) 727, 854.
Polysaccharide in der Säuglingsernährung (Brady) 615.
Polyuria (Weber) 153.
Polyzystische Erkrankung beim Neugeborenen (Lathoud und Bourret) 248.
Pons, Tuberkel (Martini) 783.
Porenzephalie (Kopp) 831.
Pottsche Krankheit (Bolzani) 1016 — (Frölich) 754 — (Ombrédanne) 1017 — (Savariaud und Roederer) 1015 — Abszeß (Roederer und Albert-Weil) 277.
Pottsche Krankheit, orthopädische Behandlung (Lelièvre) 278 — Behandlung nach Lannelongue 1011.
Pottscher Lumbalabszeß (Poucel) 752.
Prämorbillöse Rash (Rouèche) 257.
Präzisionswage für die Säuglingsernährung (Peiser) 414.
Preussen, Geburtenhäufigkeit und Sterblichkeit (Hillenberg) 282.
Profetasches Gesetz und Wassermannsche Reaktion (Sabin) 650.
Progeria und Ateleiosis (Keith) 908.
Prolapsus recti (Veau) 730.
Prolaps des Rektums, transkutane Raffung (Pieri) 1015 — Behandlung des Mastdarmvorfalles **(Pielsticker) 111,** 1015.
Prolaps der weiblichen Urethra (Hammond) 733.
Pronation, kongenitale durch radio-kubitale Dysplasie (Rocher) 759.
Prowazeksche Körper in den Follikeln und Papillen des Trachoms (Addario) 150.
Prozentualberechnung (Ladd) 243.
Pseudoaszites (Reano) 996.
Pseudarthrose der Fibula (Broca) 753.
Pseudobulbärer Symptomenkomplex bei Epilepsie (Zappert) 544.
Pseudobulbärparalyse (Fickler) 1002 — kongenitale (Chaslin und Delage) 736.
Pseudodiphtheriebazillen (Meunier) 958 — und Otitis media (Reh und Méroz) 226, 274.
Pseudogliom (Krauss) 747.
Pseudohämophilie (Triboulet, Albert-Weil und Paraf) 273.
Pseudohermaphroditismus (Durlacher) 267, 388.
Pseudokardiale und kardiale Geräusche (Schlieps) 82.
Pseudoleukämie (Okada) 724 — durch Typhus (Wolff) 991.
Pseudotetanus (de Vries) 801 — (Witzinger) 227 — myxoedematoides (Söderbergh) 727, 796.
Pseudotyphus (Veintemillas) 979.
Psoriasis, familiäre (Knowles) 745 — als Konstitutionskrankheit (Menzer) 1008.
Psoriasis, Milchsäure und Darmirrigationen (Winfield) 746.

Psoriasis und Tuberkulose **(Klotz) 534.**
Psychaleptische Krämpfe (v. Pfaundler) 133.
Psychasthenie bei Kindern (Williams) 228, 596.
Psychasthenische Krämpfe (Volland) 805.
Psychiatrische Literatur, Sammelreferat (Klotz) 769.
Psychiatrische Untersuchungen über Fürsorgezöglinge (Siefert) 137.
Psychische Behandlung (Hamburger) 491, 737.
Psychischer Einfluß bei der Behandlung (Macalister) 613.
Psychische Einflüsse auf die Kinderbehandlung (Alister) 612.
Psychische Vorgänge, Einfluß auf den Ernährungserfog **(Birk) 1.**
Psychische Fehlleistungen (Egenberger) 1000.
Psychogene Erkrankungen (Hamburger) 491, 737, 801 — Störungen (Williams) 740.
Psychologie, klinische (Clark) 269.
Psychologische Klinik bei öffentlichen Schulen (Clark) 765.
Psychologische Experimente an Kindern (Raudnitz) 545.
Psychomotorische Erregbarkeit (Paul-Boncour) 738, 1003.
Psychoneurosen, affektive (Heller) 547.
Psychopathen, Simulation von epileptischen Anfällen (Jödicke) 804.
Psychopathie, affektepileptische Anfälle (Stallmann) 805.
Psychopathie, Bedeutung der Syphilisätiologie (Rehm) 829.
Psychopathische Konstitution (Ziehen) 824.
Psychopathische Minderwertigkeit **(Girstenberg) 638.**
Psychopathologie (Singer) 1001 — der Pubertätszeit (Mönkemöller) 818.
Psycho-reflexologische Befunde (v. Bechterew) 1001.
Psychose bei Chorea (Ross-Dieffendorf) 789.
Psychosen nach akuten Infektionskrankheiten (Lang) 738.
Psychotherapie (Vogt) 1001.
Ptosis, kongenitale (Oliver) 747; (Goldstein) 745 — mit kollateraler Vererbung (Ginzburg) 1009.
Ptosis, Behandlung der kongenitalen (Weekers) 1009.
Pubertätszeit, Psychopathologie (Mönkemöller) 818.
Pulmonalstenose (Erdmenger) 718 — kongenitale (Groedel und Mönckeberg) 719 — Diagnose und Ätiologie (Weiss) 720.
Pulmotor (Edgar) 629.
Puls (Balard) 990 — Kurve (Gött) 107 — beim Neugeborenen (Mensi) 630 — im späteren Kindesalter (Friberger) 432.
Puls, permanente Verlangsamung (Juif) 238 — Verlangsamung bei Parotitis epidemica (Grande) 974.
Puls, Anwendung der Oszillometrie (Balard) 717.
Puls, Arteriosklerose mit Fehlen beider Radialpulse (Chapmann) 718.
Papillaröffnung des Augenbechers (Lindahl) 402.
Purpura (Snow) 920 — (Triboulet, Albert-Weil und Paraf) 273.
Purpura, Henochsche (Barling) 1007 (Robson) 1008 — Henochsche; Behandlung mit menschlichem Blutserum (Wilson) 746 — abdominalis (Lederer) 874 — abdominalis, Henochsche (Blühdorn) 153; (Gara) 152.
Purpura nach Scharlach (Biernacki und Dykes) 971.
Purpura fulminans nach Scharlach (Cririck) 152.
Purpura, chronische Erkrankungen (Deléarde und Hallez) 745.
Purpura, herdförmige Degeneration der Thyreoidea (Pettavel) 263.
Purpura bei infektiöser Diarrhöe (Rolleston und Molony) 152.
Purpura und Nephritis (Roux) 267.
Purpura bei hämorrhagischen Erkrankungen (Lenoble) 991.
Purpura haemorrhagica, Gelatinebehandlung (Weber) 1008.
Purpura, Injektionen von Pepton (Nobécourt und Tixier) 742, 907.
Pyämie (Werther) 875.
Pyelitis (Smith) 734 — (Still) 268 — Diagnose (Smith) 268 — Diagnose und Behandlung (Freeman) 914, 998.
Pyelitis und Otitis media beim Säugling (Glaser und Fliess) 593, 998.

Pyelitis, primäre septische (Fragale) 998.
Pyelonephritis, chronische (Fairise) 914, 998 — und Angina (Nordmann und Bonnet) 999 — und Blasenstein (Haushalter und Fairise) 998.
Pyelozystitis (Maggiore) 734 — Vakzinetherapie (Hengeveld) 998, (Wideroe) 999.
Pylorospasmus (Glässner und Kreuzfuchs) 728 — (Koplik) 729 — **(Liefmann) 714** — (Mayerhofer und Rach) 729, 938.
Pylorospasmus, Papaverin zur röntgenologischen Differentialdiagnose (Holzknecht und Sgalitzer) 996.
Pylorospasmus, Pankreasfermente (Hess) 206, 728.
Pylorospasmus, Sondierung (Putzig) 691.
Pylorospasmus, Behandlung (Putzig) 148, 590.
Pylorus, Tuberkulose (Schlesinger) 984.
Pylorus, Verschluß (Pisek und Le Wald) 201.
Pylorusstenose (Booker) 995 — (Cavazzani) 727 — (Dufour) 264 — (de Elizalde und Schweizer) 995 — (Engleson) 728 — (Epstein) 264 — (Fieux) 995 — (Fredet) 728 — (Fredet und Tixier) 728 — (Ibrahim) 115 — (Kechnie) 728 — (Keefe) 728 — (Lapage) 264 — (Marfan) 264, 996 — (Marfan und Baudouin) 264 — (Mixter) 996 — (Pironneau) 730 — (Pisek und Le Wald) 265 — (Rammstedt) 265 — (Schäfer) 148 — (Scudder) 265, 730 — (Strauch) 996.
Pylorusstenose, Pathogenese (Fredet) 995 — (Laubry) 729 — (Weill und Gardère) 996.
Pylorusstenose, Bedeutung des Pylorusreflexes (Cowie) 727.
Pylorusstenose, Klinik und Therapie (Ribadeau-Dumas und Boncompain) 730.
Pylorusstenose, Papaverin zur röntgenologischen Differentialdiagnose (Holzknecht und Sgalitzer) 996.
Pylorusstenose, interne Behandlung (Lefcoe) 729.
Pylorusstenose, Operation (Grenet, Sédillot und Veau) 264.
Pyodermie, Behandlung mit Ziehlscher Flüssigkeit (Palmegiani) 1008.
Pyodermitis (Triboulet) 273.
Pyonephrose (Mattei und de Vernojoul) 999 — bei angeborener Striktur des Ureters (Kahn) 733.
Pyopneumothorax (Porak) 256 — (Renault) 260.
Pyozyanase (Mondschein) 173.
Pyozyaneus, chronische Infektion (Heiman) 998.
Pyramiden, Zeichen von Störungen bei Chorea (Lian und Landesmann) 790.
Pyramidenbündel bei Epilepsie (Roubinowitch und Barbé) 739 — bei Poliomyelitis (Gismondi) 636.
Pyramidonbehandlung bei Typhus (John) 302.
Pyrogallolsalbe, Behandlung der Spina ventosa (Kennerknecht) 305.
Pyurie (Elterich) 997 — (Meyer) 734.

Quecksilber, Einfluß der Dämpfe auf die Milchsekretion (Perrin) 9.
Quecksilberchlorid, Verabreichung an die Mutter (Haas) 242.
Quecksilberoxydul, salpetersaures bei Typhus, Scharlach und Masern (Rumjanzeff) 156.

Rachen, Veränderungen der Rachenschleimhaut bei Poliomyelitis (Neustädter) 194.
Rachenring, Waldeyerscher (Piffl) 725.
Rachentonsille (Arico) 991 — Operation (Barth) 724.
Rachischisis anterior und Canalis neurentericus (Risel) 759.
Rachitis (Kassowitz) 272, 857, 970 — (Reiche) 744 — (Ribbert) 153 — (Taylor) 272.
Rachitis, angeborene (Kusskoff) 918.
Rachitis tarda (Apert und Lemaux) 742 — (Hutinel und Harvier) 86 — (Oppenheim) 743.
Rachitis, Blutuntersuchungen (Perls) 991.
Rachitis, Verkalkungsvorgänge im Knorpel (Hartmann) 955.
Rachitis, Gitterfasern in der Rachitismilz (Hayashi) 732, 858.

Rachitis, chronische Vergrößerung des Abdomens (Sheffield) 984.
Rachitis der Wirbelsäule (Engelmann) 552.
Rachitis, Beziehungen zu den hämatopoetischen Organen (Aschenheim) 209.
Rachitis, chronisches Asthma (Kassowitz) 989.
Rachitis und Magenektasie (Vanlair) 1007.
Rachitis, Pathogenese (Dibbelt) 208 — Pathogenese und Ätiologie (Kassowitz) 208, 743.
Rachitis, Ätiologie (Diesing) 390, 743 — (Klotz) 321 — (Koch) 1006 — und Therapie (Stocker) 744.
Rachitis, Ätiologie und Kalkstoffwechsel (Dibbelt) 368, 743.
Rachitis, Stoffwechselversuche (Schabad) 321 — Salzstoffwechsel (Meyer) 248, 841.
Rachitis, Kalkstoffwechsel (Schabad) 248.
Rachitis, Verhalten der Epithelkörperchen (Weichselbaum) 858.
Rachitis mit Hypotrophie (Peignaux) 743.
Rachitis, Behandlung (Wieland) 1007.
Rachitis, Lebertranwirkung (Schabad und Sochorowitsch) 879 — Wirkung des Phosphors im Phosphorlebertran (Geßner) 409.
Rachitis, Behandlung mit Lebertran, Kalk und Phosphor (Schloß) 598, 966.
Rachitis, Hypophysentherapie (Weiss) 744, 994.
Rachitis, Symptomatologie (Ogata) 743.
Rachitis, Entwicklung des Thorax (Zeltner) 561, 611.
Rachitis, Fraktur (Broca) 750.
Rachitis, Deformation des Schenkels (Gréze) 268.
Rachitis, Verkrümmung der unteren Extremitäten (Amend) 277 — (Trillmich) 1017.
Rachitis, Behandlung der Verkrümmungen der Tibia (Lance) 268.
Rachitis in Beziehung zum Turmschädel (Bertolotti) 783.
Rachitis in Beziehung zu Zahnkrankheiten (Fritzsche) 749 — Zahnschmelzdefekte (Helbich) 442.
Rachitis und Wohnung (Levy) 1006.
Rachitis und Krüppelfürsorge (Rosenfeld) 1017.
Rachitis, rachitische und spasmophile Veranlagung (Langstein) 209.
Radiologie bei Säuglingskrankheiten (Variot) 239.
Radiologie zur Diagnose der Tuberkulose (Reade und Caley) 420.
Radiologische Diagnostik der Thoraxaffektion (D'Oelsnitz und Paschetta) 449.
Radioskopie bei Pneumonie (Weill und Mouriquand) 261.
Radium, physiologische und therapeutische Wirkung (Fürstenberg) 361.
Radium, Behandlung bei Fibroangiom (Jacob) 441.
Radius, Fraktur (Petroff) 752.
Radius, angeborenes Fehlen (Tecqmenne) 760 — kongenitaler Defekt (Codet-Boisse) 756 — doppelseitiger angeborener Defekt (Lorenz) 498, 1019 — doppelseitiger Defekt (Roeschke) 279.
Radius, Fehlen des unteren Endes (Roederer) 279.
Radius, kongenitale Verwachsung mit der Ulna (Adams) 1017.
Radius, Osteomyelitis (Kirmisson) 751.
Radius, angeborene Luxation des Radiusköpfchens bei Littlescher Krankheit (Künne) 738.
Radius, Tuberkulose der Diaphyse (Rocher) 983.
Rautenhirn (Roth) 699.
Rautenhirn, Tuberkel (Roth) 739.
Raynaudsche Krankheit (de Lange) 745 — (Masson) 745 — Krankheit, endokrine Pathogenese (Fontaine) 726 — Krankheit als Symptom der hereditären Syphilis (Bosanyi) 648, 851, 873.
Rekalzifikation bei tuberkulöser Peritonitis (Giraud) 653.
Rechtshändigkeit beim Säugling (Voelckel) 611.
Reduktase der Milch (Splittgerber) 12.
Reduktaseprobe zur Erkennung von Mastitismilch (Gratz und Varay) 5.

Reduzierende Eigenschaften der Kuhmilch (Burri und Kürsteiner) 3.
Reflex beim Fötus (Krabbe) 770.
Reflex, Entwicklung des Drehreflexes am Neugeborenen (Kraft) 968.
Reflex, Beziehungen alternierender Bewegungen zur Länge der Reflexbahnen (Freund) 1002.
Reflex, gekreuzter Plantarreflex (Bramwell) 773.
Reflex, Fehlen der Sehnen- und Hautreflexe bei Rumination (Schlesinger) 265.
Reflexe, bei Poliomyelitis (Schreiber) 978.
Reflexkrämpfe tonische (Nobel) 697, 738.
Refraktion des Chlorkalziumserums der Milch (Forschner) 659.
Refraktion, Untersuchungen bei Schulkindern (Allan) 921.
Refraktionsanomalie, Heredität und Gesichtstypus (Krusius) 402.
Refraktometrie des Chlorkalziumserums (Alpers) 1.
Regio supraclavicularis, atypischer Tumor (Haushalter und Fairise) 1013.
Reichert-Meisslsche Zahl (Heuser und Ranft) 6.
Reichsanstalt für Milchwirtschaft (Weigmann) 663.
Reichs-Medizinal-Kalender (Börner und Schwalbe) 714.
Reichsversicherungsordnung, Stellung der Frau (Baum) 1021 — und Säuglingsschutz (Herzog) 1022.
Reiskleie, Oryzanin (Suzuki, Shimamura und Odake) 364.
Rekonvaleszenz, Pflege (Kerr) 613.
Rektum, Pathogenese, Klinik und Therapie der erworbenen Mastdarmstrikturen (Ruge) 590.
Rektum, transkutane Raffung (Pieri) 1015.
Rektum, Maximaldehnung bei Appendizitis (Springer) 730 — Maximaldehnung in unklaren Appendizitisfällen (Przewalsky) 730.
Rektum, angeborene Stenose (Reglus) 265, 759.
Rektum, Schleimepithelpfropf und Darmstenosen (Trumpp) 118.
Rektum, Prolapsus (Veau) 730 — Behandlung des Prolapsus **(Pleisticker) 111,** 1015.
Rektum, Polyp (d'Arcis) 923 — Polypen (Federici) 1012.
Reliefschädel (Kato) 757.
Resorption beim Infantilismus (Crudden und Fales) 625.
Resorzin, Laryngospasmus nach intranasaler Einträufelung von resorzinhaltigem Öl (Raillet) 748.
Respiration beim Neugeborenen (Mensi) 630.
Respiration, Entwicklung des Atemrhythmus beim Fötus (Dedek) 967.
Respiration, künstliche (Dubois) 989.
Respiration, Bedeutung abnormer (Ott) 722.
Respiration, spirometrische Untersuchungen **(Vogt** und **Zacharias) 586.**
Respiration, Atemmechanik und Pneumothorax **(van de Kasteele) 100.**
Respiration, persistierende Mundatmung nach Entfernung der Adenoide (Sobotky) 725.
Respiration, willkürliche Thorakal- und Abdominalatmung (Godin) 956.
Respiration, Übung (Mesnard) 1017; (Pescher) 260; (Ledent) 721.
Respiration in Beziehung zu den Zähnen (Weeks) 391; (Zentler) 391 — Beziehungen zu den Zahnbögen (Zentler) 611.
Respiration und Skoliose (de Chateau-Arnoux) 275.
Respirationsorgane, Mißbildungen (Schneider) 139.
Restaurants gratuits (Coullet) 761.
Retina, Anomalie (Gilbert) 401.
Retina, Gliom (Deutschmann) 401.
Retinitis syphilitica hereditaria, pathologische Anatomie (Ito) 402, 649.
Retroperitoneales Lymphosarkom (Hill) 101.
Retropharyngealabszeß (Alexander und Montague) 749 — (Blanc) 971 — (Dandoy) 167 — (Maccone) 1010 — (Sheedy) 752.
Retro-Talalgie (de la Villéon) 1016.
Rhinitis caseosa (Wilson) 151.

Rhinitis posterior (Göppert) 921.
Rhinitis, membranöse (Forbes und Newsholme) 151.
Rhinitis bei Scharlach (Cerf) 1009.
Rheumatismus (Campbell) 634 — (Crane) 972 — (Dunn) 252 — (Krabbel) 301 — (Löning) 301 — (Poynton) 977 — (Riedel) 301
Rheumatismus, Wege der Infektion (Mackenzie) 224.
Rheumatismus, Bakteriologie und pathologische Anatomie der Tonsillen bei chronischem Gelenkrheumatismus (Davis) 434.
Rheumatismus, akuter (Ness) 155.
Rheumatismus nodosus (Stamm) 430 — (Berkowitz) 735.
Rheumatismus nodosus bei Chorea (Navarro) 738.
Rheumatismus, zerebraler (de Treigny und Meslay) 258.
Rheumatismus, chronischer bei hereditärer Syphilis (Gaucher und Weissenbach) 652.
Rheumatismus, akuter Gelenkrheumatismus (Klein) 975.
Rheumatismus, chronischer tuberkulöser Gelenkrheumatismus (Cozzolino) 651, 972.
Rheumatismus, Aortitis (Amaudrut) 987.
Rheumatismus, Arthritis (Jordan) 383.
Rheumatismus und Chorea (Branson) 484.
Rheumatismus, Peliosis (Arcelli 269.
Rheumatismus und nasale Erkrankungen (Senator) 1010.
Rheumatismus, nervöse Symptome (Poynton) 155, 790.
Rheumatismus, Behandlung mit Atophan (Bendix) 301 — (Oeller) 301.
Rheumatismus, Behandlung mit Melubrin (Hoppe) 301 — (Keuper) 470 — Behandlung mit Atophan und Melubrin (Neukirch) 301.
Rheumatoide Arthritis (Jordan) 253 — (Lindsay) 430, 975.
Rheumatose, Verhalten des Blutes (Takeno) 261, 431.
Rheumatosen und nasale Erkrankungen (Senator) 484.
Rigasche Krankheit (Weill-Hallé und Lévy) 265.
Rigidität, spastische (Archambault und Baldauf) 736.
Rindenatrophie, partielle bei spastischer Paraplegie (Finkelnburg) 737.
Rippe, Anomalie des ersten Rippenringes und Lungentuberkulose (Schultze) 717.
Rippe, angeborener Defekt (Hadda) 757.
Rippe, kongenitales Fehlen (Smith) 759.
Riesenkinder (Ahlfeld) 237, 628 — (Oyamada) 630 — Verhalten der Plazenta (Costa) 628.
Riesenkinder, abnorm schwere Neugeborene und ihre Gestationszeit (Kaul) 629.
Riesenwuchs (Köhler) 272 — (Lemos) 796 — Ätiologie (Hübner) 1006.
Riesenwuchs, partieller (Hahn) 743 — (Pick) 1007 — (Weihe) 744.
Riesenwuchs, angeborener partieller (Hinterstoisser) 1006.
Riesenwuchsähnliche Zustände (Thomas) 202.
Rogersche Krankheit (Gromski) 174 — (D'Espine) 718.
Röntgendiagnose der intrathorazischen Struma und der Thymushyperplasie (Grotti) 726.
Röntgen, Entgiftung des tuberkulösen Herdes durch Bestrahlung (Iselin) 222.
Röntgenbehandlung der akuten Epiphysitis (Sinclair und Pancoast) 268.
Röntgentherapie bei Splenomegalie (Petrone und Lo Re) 267.
Röntgenstrahlen und Wachstumsschädigungen (Walter) 238.
Rosenbachsches Tuberkulin (Beck) 651. — Siehe Tuberkulin.
Rotlichtbestrahlung bei Pleuritis (Kuttner und Laqueur) 309.
Rousselsches Gesetz (Achard) 761, 1021 — (Fernet) 1022 — (Paterne) 1023 — (Variot) 763 — (Veil-Picard und Sergent) 1024 — (Paterne, Veil-Picard und Sergent) 763.
Rübenschnitzel zur Fütterung (Zaitschek) 13 — Beziehung zu Milchbakterien und Milchbeschaffenheit (Gorini) 5.
Rubeola (de Walsche) 980.
Rubeola, hämolytische Diagnose (Schwaer) 487, 645.

Rubeola, Unterscheidung der Erytheme bei Scharlach und Röteln (Hubbard) 637.
Rubeola scarlatinosa (Brainin) 250.
Rubeola, atypisches Exanthem (v. Pirquet) 643, 939.
Rücken, Pflege des muskelschwachen (Göppert) 601, 754.
Rückenmark, fötales Wachstum (Miller) 967.
Rückenmark, endogene Fasern (Batten und Holmes)1001.
Rückenmark, Defekt (Stauffer) 1020 — partieller Defekt (Stauffer) 498 — totales Fehlen (Modena) 1019.
Rückenmark, Zweiteilung (Zalewska-Ploska) 760 — Verdoppelung (Westenhöffer) 280.
Rückenmark, diffuse subdurale Lipomatose (Wolbach und Millet) 753, 1004.
Rückenmark, Kompression durch pleuropulmonales Sarkom (Lorenzini) 1014.
Rumination im Säuglingsalter (Mayerhofer) 314.
Rumination, Fehlen der Sehnen- und Hautreflexe (Schlesinger) 265.
Rumination, Besserung durch Anwendung von Natronzitrat (Variot) 621.
Rumpel-Leedesches Phänomen bei Scharlach (Caffarena) 634, 874 — Phänomen bei Skarlatina (Leschcziner) 254 — Phänomen bei Scharlach (Heyer) 376, 641. — Siehe Scharlach.

Sabrazès-Eckensteinsche Reaktion bei Syphilis (Perelmann) 478.
Saccharose, Bestimmung (Yagi und Yamamoto) 663 — Bestimmung in kondensierter Milch (v. Fellenberg) 659; (Nowak) 9, 246.
Saccharose, Veränderungen der Milch durch hohen Zuckergehalt (Variot, Lavialle und Rousselot) 247.
Saccharose bei Dyspepsie (Variot, Lavialle und Rousselot) 244.
Saccharosurie, alimentäre bei Säuglingen (Gaujoux) 625.
Salaamkrämpfe (af Klercker) 738.
Salizylpräparate, rektale Anwendung der Salizylpräparate gegen Influenza (Beally) 633.
Salizylsäure, Übergang in die Zerebrospinalflüssigkeit (Nobécourt, Darré und Bidot) 610.
Salolspaltendes Ferment in der Frauenmilch (Usener) 12, 205.
Salvarsan, Einfluß auf die Intensität der Antikörperbildung (Reiter) 163.
Salvarsan, Ausscheidung in der Frauenmilch (Caffarena) 239, 658.
Salvarsan, Behandlung (Yerington) 258 — Technik und Dosierung bei Neugeborenen (Engelmann) 291 — Wirkung intraspinaler Injektionen (Ellis und Swift) 879 — rektale Anwendung (Weill, Morel und Mouriquand) 240, 650.
Salvarsan, Behandlung und Salzfieber (Freund) 648.
Salvarsan bei der Schwangeren (Dupérier) 985; (Sauvage) 987 — Behandlung syphilitischer Schwangerer (Jeanselme, Vernes und Bloch) 649.
Salvarsan, Behandlung der Mütter und ihrer Kinder (Wolff) 585, 650, 987 — (Holth) 375, 648 — bei Schwangeren und Säuglingen (Scoffier) 987 — bei Schwangeren, Wöchnerinnen und Neugeborenen (Lemeland und Brisson) 586, 986.
Salvarsan beim Neugeborenen (Chambrelent) 478, 874.
Salvarsan bei Syphilis (Dünzelmann) 217 — (Fabre und Bourret) 648 — (Leuriaux) 790 — (Mensi) 986 — (Nöggerath) 307 — (Simpson und Thatcher) 987 — bei hereditärer Syphilis (Andronescu) 218, 306 — bei Syphilis (Bunch) 164, 985 — bei hereditärer Syphilis (Welde) 306
Salvarsan bei Chorea (Fiore) 1002; (Hahn) 320; (Leurieux) 738; (Pawlow) 790; (Salinger) 320, 790; (Szametz) 739; (Weill, Morel und Mouriquand) 320; (Weill, Mouriquand und Goyet) 272.
Salvarsan und Masern (Marfan und Lagane) 640.
Salvarsan bei Scharlach (Jochmann) 291, 638; (Klemperer und Woita) 213, 253, 291 — (Lorey) 639.
Salvarsan und Status thymolymphaticus (Rindfleisch) 417, 844 — intravenöe Injektion bei Scharlach (Lenzmann) 291, 639.

Salvarsan, Erfolge (Bokay) 418.
Salvarsan, späteres Schicksal behandelter Luesfälle (v. Bokay) 873.
Salvarsan, Prüfung der Wirkung des Serums der mit Salvarsan behandelten Kranken (Swift und Ellis) 879.
Salz, Stoffwechsel (Takeno) 627.
Salz, Stoffwechsel (Müller und Schloß) 627 — Retention (Barbier) 247.
Salz, Stoffwechsel bei Zufuhr von oxalsaurem Natrium (Luithlen) 248.
Salz, Wirkung der Mineralsubstanzen im Tierkörper (Hagemann) 625.
Salz, temperatursteigernde Wirkung subkutaner Salzinfusion (Aron) 503.
Salze, Einfluß auf die Körpertemperatur (Friedberger und Ito) 70.
Salz, Kochsalzfieber (Jörgensen) 841. — Siehe auch Fieber.
Salze, Einfluß der Zusammensetzung und der Menge des Salzgehaltes der Nahrung auf das Wachstum (Collum und Davis) 616.
Salz, Stoffwechsel bei Pneumonie (Peabody) 417.
Salz, Mineralstoffwechsel bei Rachitis (Meyer) 248, 841.
Salze, diätetische Behandlung von Krämpfen (Grulee) 617.
Salzarme Kost bei Epilepsie (Steffen) 475.
Salzfieber (Heim) 625 — (Friedberger und Tetsuta) 610.
Salzfieber und Salvarsanbehandlung (Freund) 648.
Salzlösung bei epidemischer Diarrhöe (Mackenzie) 201, 243.
Salzsäure, im Säuglingsmagen (Salge) 11, 77 — freie und gebundene im Mageninhalt (Christiansen) 367.
Salzsäurebindungsvermögen der Milch, Einfluß des Speichels (Allaria) 657.
Salzwasser, Injektionen bei Säuglingsdiarrhöe (Day) 960.
Sammelreferat über Milchwissenschaft und Molkereipraxis (Grimmer) 1, 657.
Sammelreferat, Therapie der Kinderkrankheiten (Birk) 289.
Sammelreferat über die neurologisch-psychiatrische Literatur (Klotz) 769.
Sammelreferat über die dermatologische Literatur (Leiner) 865.
Sammelreferat über die deutsche ophthalmologische Literatur (Gallus) 401.
Sammelreferat, amerikanische Literatur über Poliomyelitis (Wachenheim) 193.
Sammelvormundschaft und Konstitution (Klumker) 762.
Sanatorien, Behandlung von Kindern (Spiegelberg) 934.
Sanduhrmagen (Schäfer) 148.
Sarkoide, subkutane (Volk) 875.
Sarkom des Femur (Corner) 1011 — gutartiges, zentrales des Femur (Engelmann) 699, 750.
Sarkom des Vorderarms (Birkner) 275.
Sarkom des Ovariums (Lesage und Girault) 276, 444.
Sarkom des Darmes (v. Bókay) 1011 — des Dünndarms (Brun) 275.
Sarkom des Beckens (Alexander) 749.
Sarkom des Kleinhirns (Hawley und Manning) 751.
Sarkom der Zunge (Blanc) 1011.
Sarkom der Tonsille (Nerosloff) 276.
Sarkom, pleuropulmonales (Lorenzini) 1014.
Sarkom der Niere (Carley 275.
Sauermilch und Sauermolke (Kühl) 246.
Sauerstoff beim Fötus (Shears) 967.
Sauerstoff, Anwendung beim Scheintod der Neugeborenen (Delmas) 628 — Druckatmung zur Bekämpfung des Scheintods der Neugeborenen (Engelmann) 629.
Sauerstoff bei Ernährungsstörungen (Schmidt) 201.
Sauerstoffgehalt des Blutes bei Pneumonie (Peabody) 990.
Saugflaschen mit Rohr (Sprinkmeyer) 624, 662 — Saugflaschengesetz (Tugendreich) 692.
Säuglinge, Pflegekontrolle (Aviragnet) 241.
Säuglinge, Beobachtungen während des ersten Lebensjahres (Herrmann) 240.
Säuglingsheim in Petersdorf bei Wismar (Brüning) 280.
Säuglingspflege im Medizinstudium (Scurfield) 763.

Säuglingspflege als Lehrgegenstand (Rosenhaupt) 284.
Säure, organische im Harn **(Aron und Franz) 645.**
Säureproduktion der bulgarischen Milchsäuremikroben(Belonowski) 2.
Säure, Intoxikation (Rostock) 624, 627.
Scarlatina (Banks) 213 — (Brückner) 971 — (Chateau) 972 — (Fischl) 252 — (Koessler) 253 — (Kramer) 975 — (Mead) 640 — (Milne) 458 — (Somerset) 645.
Scarlatina sine exanthemate (Lorange) 975.
Scarlatina, atypische (Miller) 255.
Scarlatina, anomales Exanthem (Schabad) 875.
Scarlatina, maligne (Palmer) 256, 424.
Scarlatina mitigata (Stein) 177.
Scarlatina, experimentelle (Cheinisse) 251 — (Klimenko) 578, 638, 874 — (Landsteiner, Levaditi und Danulesco) 639.
Scarlatina, Infektionsversuche an Affen (Schleissner) 644 — Übertragung auf niedere Affen (Draper und Hanford) 577, 635, 848 — Wundscharlach **(Hahn) 233,** 578, 874, 974.
Scarlatina, Ätiologie **(Kretschmer) 11,** 975 — (Bernhard) 250, 485 — (Gorowitz) 252 — (Preisich) 977 — (Schleissner) 257, 485, 537 — Ätiologie und Diagnose (Friedländer) 635.
Scarlatina, Pathogenese (Kretschmer) 638, 874, 893.
Scarlatina, Pathologie (Mey) 976.
Scarlatina, Infektionsdauer (Baginski) 213.
Scarlatina, Kontagiosität (Mead) 485.
Scarlatina, familiäre Disposition (Mathies) 577, 640.
Scarlatina, Bücher als Überträger (Nesbit) 158.
Scarlatina, Abblassungserscheinungen des Scharlachexanthems (Kirsch) 892.
Scarlatina, Diagnose und Behandlung (Steinhardt) 646 — Diagnose und Komplikationen (Leede) 639, 975.
Scarlatina, Blutuntersuchungen (Amato) 632.
Scarlatina, Blutkultur (Gautier) 636 — bakteriologische Blutuntersuchungen (Klimentko) 253.
Scarlatina, Blutdruck (Rolleston 257, 376, 724.
Scarlatina, Streptokokkenantikörper (Kolmer) 638.
Scarlatina, Leukozyteneinschlüsse (Belàk) 377 — (Bongartz) 425, 633, 848 — (Brinchmann) 576 — (Cummins) 425, 575, 576 — (Kretschmer) 376 — (Glomset) 158, 252, 576 — (Granger und Pole) 252, 377 — (Kolmer) 638 — (Lippmann und Hufschmidt) 639 — (Massini) 976 — (Nicoll) 642, 849 — (Pappenheim) 642 — (Schippers und de Lange) 257, 377, 848 — (Schwenke) 645, 875.
Scarlatina, Leedesches Phänomen (Beck) 970 — Rumpel-Leedesches Phänomen (Caffarena) 634, 874 — (Leschcziner) 254 — (Meyer) 376.
Scarlatina, Ehrlichs Amidobenzaldehydreaktion im Harn (Hesse) 637.
Scarlatina, Diazoreaktion (Woody) 258 — Diazoreaktion und Reaktion mit salpetersaurem Quecksilberoxydul(Rumjanzeff) 156.
Scarlatina, Komplementbindungsreaktion (Isabolinsky und Legeiko) 975.
Scarlatina, Farbe des Harns und Urobilinurie (Schlesinger) 978.
Scarlatina, Amidobenzaldehydreaktion im Harn (Hesse) 965.
Scarlatina, Urobilinogenreaktion im Harn (Schelenz) 644.
Scarlatina, vermehrte Glykuronsäureausscheidung (Oppenheimer) 573, 627.
Scarlatina, Giftigkeit des Harns (Aronson und Sommerfeld) 213.
Scarlatina, Heimkehrfälle **(Knöpfelmacher und Hahn) 673** — (Clément, Rouèche und Sorel) 972 — (Day) 635 — (Haas) 637 — (Remy) 977 — (Sexton) 645, 848 — (Wegmann) 647 — Heimkehrfälle und Milch (Chalmers) 622, 658.
Scarlatina, zweimaliges Auftreten (Lämmerhirt) 975.
Scarlatina, wiederholte Erkrankung (Meyer) 425.

Scarlatina, Stomatitis und Scharlachrezidive (Hetzer) 637.
Scarlatina, Bedeutung der Tonsillen (Longauer) 975.
Scarlatina und Angina (v. Szontagh) 159.
Scarlatina, ulzeröse Angina (Weill) 258.
Scarlatina, maligner Symptomenkomplex (Hutinel) 637.
Scarlatina, seltene Komplikation (Hecter) 637.
Scarlatina, Stauungsblutungen in der Haut (Ebner) 252.
Scarlatina, Purpura (Biernacki und Dykes) 971 — Purpura fulminans (Cririck) 152.
Scarlatina, Herzstörungen (Böttger) 250.
Scarlatina, Lungenkomplikationen (Porak) 256.
Scarlatina, Milzabszeß (Gromski) 174.
Scarlatina, akute Nephritis (Sheffield) 267 — Nephritis und Stillen (Gioseffi) 253.
Scarlatina, Entstehung der kleinzelligen Infiltrate in der Niere (Schridde) 645.
Scarlatina, perirenales Hämatom (Hering) 158, 253.
Scarlatina, Zystitis im Verlauf des Scharlachs (Ducastaing) 635.
Scarlatina, Epityphlitis (Meyer) 425, 641.
Scarlatina in der Ätiologie der Nervenkrankheiten (Neurath) 788.
Scarlatina, meningitische und pseudomeningitische Syndrome (Lafforgue) 638.
Scarlatina, Hirnerkrankung (Méry, Salin und Wilborts) 255.
Scarlatina, Hemiplegie (Issailovitch-Dusciau) 638.
Scarlatina, purulente Rhinitis (Cerf) 1009.
Scarlatina, Gelenkskomplikationen (Edgerly) 252.
Scarlatina, Neuritis optica (Dutoit) 401, 779.
Scarlatina und Ohr **(Manasse) 59,** 975.
Scarlatina, Otitis media perforativa (Holmgren) 253, 421.
Scarlatina, Ertaubung nach Scharlachotitis (Busch) 971 — plötzliche Ertaubung bei Scharlachotitis (Manasse) 779.
Scarlatina, periaurikularer subperiostaler Abszeß (Sörensen) 978.
Scarlatina und Diphtherie, Bekämpfung (Rogowski) 644 — und Diphtheriebazillus (Higgins) 974.
Scarlatina, Zusammentreffen mit Masern (Blooker) 250, 375.
Scarlatina, Unterscheidung der Erytheme bei Scharlach und Röteln (Hubbard) 637.
Scarlatina und Varizellen (Montefusco) 641.
Scarlatina, Beziehungen der Diät zu Verlauf, Blutbefund und Nephritis **(Gerstley) 121,** 974.
Scarlatina, Diät (de Biehler) 176 — Ernährung (Brückner) 291, 376, 615, 892 — Diätetik und Therapie (Großmann) 291.
Scarlatina, Epidemie (Kertész) 975.
Scarlatina, Isolierung (Phillips) 485.
Scarlatina, Streptokokkenvakzine in der Prophylaxe (Watters) 291.
Scarlatina, Impfung (Seiliger) 257.
Scarlatina, Behandlung (Benjamin) 576, 633 — (Candler) 971 (Fischer) 252 — (Lorey) 639 (Szekeres) 291 — (Uffenorde) 646.
Scarlatina, Salvarsanbehandlung (Jochmann) 638 — (Klemperer und Woita) 213, 253, 291 — (Lorey) 214, 291, 639 — intravenöse Salvarsaninjektion (Lenzmann) 291, 639.
Scarlatina, intravenöse Injektion von Neosalvarsan (Fischer) 453, 848, 874.
Scarlatina, präventive Rachenspülungen (Urszinyi) 979.
Scarlatina, Behandlung mit Streptokokkenvakzine (Walker) 980.
Scarlatina, Serumbehandlung (Björkstén) 604, 633 — (Lewkowitsch) 291 — Seruminjektion (Rutkowsky) 160 — Serotherapie (Schreiber) 978.
Scarlatina, Behandlung mit Scharlachstreptokokkenserum (Lewkowicz) 172.
Scarlatina, Behandlung mit Moserserum (Schick) 291 — (Szekeres) 646.

Scarlatina, Antistreptokokkenvakzin von Gabritschewsky (Busch) 160 — (Ssisemsky) 160 — Russakow) 160.
Scarlatina, Behandlung mit Rekonvaleszentenserum (Reiss) 643 — (Reiss und Jungmann) 291.
Scarlatina, Immunotherapie (Jochmann) 291.
Scarlatina, Schutzimpfungen (Gukow) 159.
Scarlatina, Eukalyptusbehandlung (Elgart) 973 — (Körber) 291 — (Kretschmer) 291.
Scarlatina, Behandlung mit Chinin (Trambusti) 646.
Scarlatina, nukleinsaures Natron (Poljakoff) 291.
Scarlatina, poliklinische Behandlung (Cargin und Shand) 971.
Scarlatina, Zimmerdesinfektion (Arms und Whitney) 156.
Scarlatina, Behandlung in den Schulen (Oker-Blom) 642.
Scarlatina, Beobachtungen am Spital für Infektionskrankheiten in Cincinnati (Bell) 633 — Beobachtungen in der Kinderklinik Genf (Gautier) 636 — Basler Statistik (Wolfer) 647, 948.
Scarlatinöser Ausschlag nach Atophan (Herrick) 974.
Schädel, Wachstum (Thoma) 744, 967 — Wachstumshemmung (Bonnaire und Durante) 240.
Schädel, Einfluß der Zähne auf die Entwicklung (Landsberger) 238.
Schädel, intrakranielle Blutung bei Neugeborenen (Smith) 291 — intrakranielle Blutung (Simons) 783.
Schädel, Impression bei Neugeborenen (v. Herff) 291 — (Hofmeier) 549 — (Soli) 291, 496.
Schädel, Frakturen (Borkowska) 275 — Fraktur (Leclercq und Devulder) 1014 — Fraktur bei der Geburt (Fröhlich) 1012.
Schädel, Impressionsfrakturen beim Neugeborenen (Kosmak) 629, 1013.
Schädel, chirurgische Behandlung der Impression bei Neugeborenen (Soli) 277, 630.
Schädel, Spätlähmungen des Abduzens bei Schädelbrüchen (Broca und Desplas) 779.
Schädel, kranio-zerebrales Trauma (Giorgio) 1012.
Schädel, Auseinanderweichen der Nähte bei Hirntumoren (Broca) 275.
Schädel, Weichteildefekte am Kopf (Vogt) 279.
Schädel, Spaltknochen und Defekte der Schädeldeckknochen (Meyer) 279.
Schädel, kongenitale Defekte (Kalbanowsky-Korotkina) 279.
Schädel, Chlorom (v. Pfaundler) 930.
Schädel, Anomalie (Meyer) 494.
Schädelform und Heredität (Broad) 956.
Schädel, Punktion bei meningealer Hämorrhagie (Gilles) 270.
Schädel, Turmschädel in Beziehung zu Rachitis und Adenoidismus (Bertolotti) 783.
Schaf, kontagiöse Agalaxie (Carré) 3.
Schafmilch, Zusammensetzung (Biro) 622 — Allergie (Spann) 12.
Schall, Lokalisation (Meyer) 105.
Schaltknochen, Anomalie (Meyer) 494.
Schardingerreaktion der Kuhmilch (Römer) 10 — (Rullmann) 623, 662.
Schardingerreaktion zur Feststellung des Frischmilchendseins (Scheel) 11.
Scheintod (Balard) 280 — Nachweis mittels Oszillometrie (Balard) 628 — Behandlungsmethoden (Delmas) 968 — der Neugeborenen, Anwendung von Sauerstoff (Delmas) 628 — Sauerstoffdruckatmung zur Bekämpfung bei Neugeborenen (Engelmann) 629.
Schenkelhals, Karies und Coxa vara (Engelmann) 699.
Scherrbach - Rekonvaleszentenserum (Koch) 874.
Schienbein, spiralige Drehung (Lamy) 751.
Schilddrüse, Tumor (Morse) 993 siehe Thyreoidea.
Schindlersches Joha (Schmidt) 306 — (Steiger) 306 — (Strocher) 306.
Schiötzsche Methode zur Entfernung der Diphtheriebazillen (Wright) 897.
Schlaf und Schlafstörungen (Laache) 608.

Schlaflosigkeit und Pavor nocturnus (Fischer) 270.
Schlafmittel (Göppert) 320.
Schlattersche Krankheit (van den Bergh) 1010 — (Heilporn) 1013 — (Schultze) 232.
Schleimepithelpfropf, rektaler (Trumpp) 169.
Schleimige Milch (Fettick) 659
Schlampe, Einfluß auf die Zusammensetzung der Milch (Weiser) 13.
Schmutzgehalt der Hannoverschen Marktmilch (Heuer) 6.
Schrägschrift (Péchin) 1000.
Schreien (Rousseau-Saint-Philippe) 239.
Schulanfänger (Thiele) 1026.
Schularzt (Doernberger) 185 — (Edwards) 285 — (Gohde) 285 — (Goodonough) 765 — (Januschke) 285, 324 — (Langerhans) 1025 — (Maddox) 1025 (Murchy) 766 — (Root) 767 (Schein) 767 — (Stephani) 285 — (Story) 286.
Schularzt, Hygieneunterricht (Egbert) 285.
Schularzt, Aufgaben bei der hygienischen und sexuellen Belehrung (Gentzen und Bender) 461, 765.
Schularzt, Aufgaben betreffs Nerven- und Geisteskrankheiten (Bayerthal) 765 — psychiatrische Tätigkeit (Stelzner) 818.
Schularzt im Magdeburger Hilfsschulen (Henneberg) 818.
Schularzt bei vorschulpflichtigen Kindern (Williams) 767.
Schularzt an höheren Schulen (Stelzner) 1026.
Schularzt an Fortbildungsschulen (Gettkant) 765.
Schularzt auf dem Lande (Schlüter und Loer) 1026 — (Kinney) 766 — bei Landschulen (Allen) 765.
Schularzt in München (Ranke) 107 — Württemberg (Moldenhauer) 285 — in England (Leubuscher) 766 — in South Manchester (Sloan) 70, 767 — im Staate Viktoria (Hepner) 766.
Schularzt, Gesetz für das Großherzogtum Oldenburg (Schläger) 1026.
Schularzt und Hausarzt (Vinton) 1026.
Schularzt und Schulschwester (Henrotin) 766.
Schule (Fels) 285.
Schule, staatliche Verantwortung für Schulkinder (Schauffler) 285.
Schule und Haus (Samosch) 185.
Schule, Gesundheitsbogen (Mazoyer) 1025 — Gesundheitsbogen in Pariser Schulen (Dufestel) 765.
Schule, Hygieneunterricht (Henneberg) 285 — hygienische Unterweisung (Lorentz) 766 — (Macy) 766.
Schule und Säuglingspflege (Poelchau) 283.
Schule, Unterricht in der ersten Hilfe (Kinch) 766.
Schule, Turnen (Oehme) 766.
Schule und Eugenik (Royster) 1025.
Schule, Hygiene (Allport) 765 — (Drake) 765 — (Gantt) 765 (Mann) 766.
Schule, Hygiene in Japan (Franke) 765.
Schule, Hygiene in Großbritannien (Anden) 765.
Schule, Tageslichtmessung (Pleier) 766.
Schule, Assanierung (Becker) 765.
Schule, Beschaffenheit der Schulluft (Rothfeld) 767.
Schule, Fußboden für die Klassenzimmer (Nußbaum) 1025.
Schule, Bedeutung des Straßenlärms (Stephani) 461.
Schule, schulhygienische Literatur der Schweiz (Jordy) 766.
Schule, Körperlängen- und Gewichtsverhältnisse der Helsingforser Volksschulkinder (Oker-Blom) 606.
Schule, Bericht des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege und Vereinigung der Schulärzte Deutschlands (Gastpar) 460.
Schule, ärztliche Überwachung (Bussière) 1025.
Schule, Anstellung besonderer Schulaugenärzte (Teich) 747.
Schule, Beruf der Schulschwester (Oebbecke) 460.
Schule, Zahnpflege (Duffield) 284 — Schulzahnpflege (Friedemann) 710 — Schulzahnklinik (Stephani und Wimmenauer) 286.
Schule, Augen-, Ohren-, Nasen- und Rachenpflege (Tomlinson) 286.
Schule, Behandlung der Schulkinder (Moxon) 285.

Schule, Anforderungen an die Schulanfänger (Steinhaus und Wehrhahn) 460, 767 — Biologie der Schulanfänger (Thiele) 767.
Schule, Ermüdung (Lorentz) 815.
Schule, Überbürdung (Glückmann) 145.
Schule, Schulkrankheiten (Jordan) 766 — Kinderkrankheiten während des Schullebens (Baginsky) 284, 445 — Krankheiten des Entwicklungsalters (Michalowitsch) 928.
Schule, Infektion der Atemwege (White) 286.
Schule und Tuberkulose (D'Espine) 652 — (Folks) 652 — (Knopf) 653 — (Méry) 654.
Schule, Anschluß offentuberkulöser Kinder (Oppelt) 715.
Schule, Syphilis bei Schulkindern (Hazen) 648.
Schule und Diphtherie (Seligmann) 298.
Schule, Schulschluß bei Masern (Raffle) 160.
Schule auf dem Lande (Blair) 765.
Schule, Psychologie (Moldenhauer) 1025.
Schule, physikalische Ursachen des Zurückbleibens (Schmidt) 285.
Schule, Psychologie der nicht versetzten Schüler (Münch) 818.
Schule, Erziehung und Behandlung des nervösen Schulkindes (Moll) 766.
Schule, abnorme Kinder und öffentliche Schulen (Johnstone) 285.
Schule für Schwachsinnige (Hardy) 285, 741 — für schwachbefähigte Kinder auf dem Lande (Basedow) 740.
Schule, Schülerverirrungen (Trendelenburg) 818.
Schülerheim (Schutte) 763.
Schulgesundheitspflege (v. Drigalski) 141.
Schulhygienische Abteilung im Museum für Volkshygiene in Cöln (Moldenhauer) 285.
Schulhygienisches aus Oberschlesien (Wittner) 1026.
Schulkrankheiten und Schwächezustände (v. Pirquet) 766.
Schulstrafen (Kemsies) 766.
Schulter, angeborene Versteifung bei partiellem Infantilismus (Cramer) 277.
Schulter- und Armlähmung nach Poliomyelitis (Bartow) 970 — Schulterarmlähmung (Luftmann) 968.
Schutzfermente des tierischen Organismus (Abderhalden) 142.
Schwachbegabte (Roubinovitch) 1000 — und Intelligenzprüfung (Sullivan) 228.
Schwachbegabte Schulkinder (Schlesinger) 606, 1026.
Schwächlinge, gesunde (Kerr) 956.
Schwachsinn (Dupré und Collin) 773 — (Fox) 740 — (Reuben) 741, 829 — (Schwab) 741 — (Smart) 741 — (Smith) 596 — (Stowell) 271, 741.
Schwachsinn, angeborener (Weicksel) 1004.
Schwachsinn, Komplementbindungsreaktion bei angeborenem Schwachsinn (Froesch) 741.
Schwachsinn, Erkennung (Ziehen) 182.
Schwachsinn, Schule (Hardy) 285, 741.
Schwachsinn, Lernweise und Lernzeiten (Lehm) 741.
Schwachsinn, Unterricht und Erziehung (Edson) 269.
Schwachsinn, Intelligenzprüfungsmethode von Binet-Simon (Chotzen) 816.
Schwachsinn, Assoziationsvermögen (Eastmann und Rosanoff) 167.
Schwachsinn bei Hilfsschülern (Hillenberg) 741.
Schwachsinn, Schicksal der schwachsinnigen Anstaltskinder (v. Hovorka) 829.
Schwachsinn, Größe und Gewicht schwachsinnger Kinder (Goddard) 829.
Schwachsinn, Zusammenhang mit Krämpfen (Blümcke) 804.
Schwachsinn und Syphilis (Clemenz) 985 — Bedeutung der Syphilisätiologie (Rehm) 829.
Schwangerschaft, Verhütung (Siebert) 284.
Schwangerschaft, Ernährung (Lemeland und Vaudescal) 572, 961.
Schwangerschaft, Stoffwechsel (Dienes) 965.
Schwangerschaft, Mammahypertrophie (Marchal) 238.
Schwangerschaft, Einfluß der Thyreoidea (Thompson) 994.

Schwangerschaftsdauer in Beziehung zur Länge und Gewicht des Neugeborenen (Kober) 968.
Schwangerschaft und kongenitale Herzkrankheiten (Couderc) 238.
Schwangerschaft und Tuberkulose (Stutz) 984.
Schwefel, Beziehung zum Stickstoff in Nahrungsmitteln (Hirschstein) 6, 626.
Schwefel- und Stickstoffverteilung bei intestinalem Infantilismus (Crudden und Fales) 625.
Schweißdrüsen, angeborene Sekretstauung (Hinzelmann) 391.
Schweiz, Säuglingssterblichkeit (Neuberg) 283.
Schweizerisches Jahrbuch für Jugendfürsorge (Wild) 709.
Schwererziehbare (Roubinovitch) 1000.
Schwerhörigkeit in der Schule (Brieger) 765.
Sclérème en plaques (Monod) 1008 — (Variot und Lorenz-Monod) 1008.
Seborrhöe, familiäre hereditäre (Jaquet) 1007.
Seehospiz, Behandlung chirurgischer Tuberkulose (Calvé) 162.
Seehospize im Kampfe gegen die Tuberkulose (Vollmer) 398.
Seehospiz zu Triest, Dauererfolge und Schicksal (Homa) 400, 764.
Seele des Kindes (Altmüller) 958.
Seele des Krüppels (Fürstenheim) 754.
Seelenleben des Kindes (Groos) 1000 — (v. Hug-Hellmuth) 959.
Sehnen, Überpflanzung bei Poliomyelitis (Vulpius) 224.
Sehnenreflex bei Chorea (Bregman) 176.
Sehschwäche (Sautier) 151.
Seitenventrikel, Seruminjektion bei Zerebrospinalmeningitis (Levy) 254.
Sekretin, bei Ernährungsstörungen (Harrower) 617.
Selbstmorde bei Kindern (Gordon) 818.
Senna, Extrakt. fluidum follic. (Boas) 198.
Sensibilisationserscheinungen (v. Szontagh) 944.
Sensibilität, Störungen bei Poliomyelitis (Strümpel) 646.
Sepsis mit Nebennierenblutungen bei hereditärer Syphilis (Conradi) 251.
Sepsis, Strepto- und Pneumokokken (Korybut-Daszkiewicz) 177.
Sepsis durch Pneumokokken und Pseudodarmverschluß (Triboulet) 258.
Septum, Resektion (Heermann) 1009.
Serum, Therapie, experimentelle (Schick, Busacchi und Kassowitz) 526 — Therapie auf rektalem Wege (Guinon) 240 — rektale Anwendung (Lesné) 957 — (Lesné und Dreyfus) 240 — (Shibayma) 472 — Therapie auf digestivem Wege (Lesné und Dreyfus) 240.
Serum, Hämolysine bei Ziegen (Famulener) 412.
Serumkrankheit (Axenow) 873, 943 — (Gaffky und Heubner) 958 — (Gow) 974 — (Leclerc und Culot) 240 — Diazoreaktion (Woody) 258.
Serumreaktion, intrakutane (Michiels) 958.
Serumtod (Dreyfus) 322.
Sesambeine (Fischer) 237.
Sexuale Verantwortung (Marshall) 268.
Sexualgefühl, Ätiologie des konträren (Stier) 824.
Sexualreform und Mutterschutz (Rosenthal) 464.
Sexualpädagogik (Doell) 1025.
Sexualpädagogische Tätigkeit (Chotzen) 1025.
Sexuelle Aufklärung (Wile) 286 — Belehrung (Steinhart) 285, 609 — Belehrung in der Schule (Chotzen) 765 — Belehrung in höheren Schulen (Wilker) 767.
Sexueller Unterricht (Zenner) 767.
Sialoadenitis sublingualis acuta epidemica (Hegler) 637.
Sigmoiditis, akute perforierende (Ransohoff) 996.
Signe du sou (v. Hainiss) 611 — (Ostrowski) 722 — bei Lungenentzündung und Pleuritis (Ostrowski) 905.
Silber, Anwendung des kolloidalen (Netter) 613.
Simulation, Aufdeckung durch motorische Assoziationsreflexe (v. Bechterew) 773.
Sinnesempfindungen bei Neugeborenen (Peterson) 770.
Sinus cavernosus, Thrombose (Bertlich) 905, 987.

Sistosches Zeichen bei Syphilis (Ferreira) 986.
Situs cordis (Meyer) 1019.
Situs viscerum (Meyer) 1019.
Situs inversus abdominalis (Knape) 396.
Situs inversus totalis (Deselaers) 756 — (Mayer) 105.
Situs viscerum inveruss (Dienel) 1018 — (Gromski) 174 — (Krokiewicz) 758 — (Landmann) 1018 — (Leroux, Labbé und Barret) 758 — (Zenoni) 1020 — (Jonkers) 601.
Skabies, Behandlung **(Klotz) 533.**
Skapula, skaphoidea (Brückner) 756, 924 — (Cunningham) 756 — (Dräseke) 1018 — (Kollert) 498, 758.
Skapula, angeborener Hochstand (Neuhof) 759 — (Kirmisson) 757 — (Lorenz) 758.
Skapula, hysterischer Hochstand (Tilanus) 801.
Skelett, Varietäten (Fischer) 237.
Sklerem, autochthones (de Lange) 745.
Sklerem, lokales (v. Pirquet) 697, 745.
Sklerem, Fettsklerem der Neugeborenen (Mittweg) 745.
Sklerem, Harnstoff in der Zerebrospinalflüssigkeit (Nobécourt) 238.
Skleroedema neonatorum (Geiser) 745.
Sklerose (Nobel) 738 — multiple (Fraenkel) 830 — (Wolf) 272.
Sklerose, tuberkulöse des Gehirns (Bundschuh) 99.
Sklerodermie (Alfès) 272 — (Husler) 122 — (Lindenbaum) 273 — (Trömner) 746.
Sklerodermie, allgemeine (D'Espine) 745.
Skoliose (Doerr) 753 —(Gottstein) 754 — (Jansen) 754 — (Nageotte-Wilbouchewitch) 278.
Skoliose, kongenitale (Fayol) 757 — (Fraser und Spence) 757, 860, 1016 — (Kaneko) 754 — (Kauffmann) 754 — (Lance) 278 — angeborene (Lewy) 395, 755 — kongenitale (Mauchet) 755 — angeborene (Morkownikowa) 755.
Skoliose und Atmungsfunktion (de Chateau-Arnoux) 275.
Skoliose, Ausnutzung der respiratorischen Kräfte in der Behandlung (Spitzy) 497.
Skoliose, Korrektur (Abbott) 497.
Skoliose, Übungstherapie (Becker) 753.
Skoliose, Behandlung (Lovett) 1017.
Skoliose, Abbottsche Methode (Calvé und Lamy) 753 — (Joachimsthal) 444 — (Lance) 755 — (Schanz) 924 — (Vulpius) 497.
Skoliose bei Typhus (Rogers) 643.
Skoliose und Appendizitis (Mayet) 755.
Skoliose und angeborene Hüftluxation (Falk) 756.
Skoliose und Schule (Mutel) 1025 — (Sever) 755.
Skorbut, experimenteller (Talbot, Dodd und Peterson) 1005.
Skrophuloderma **(Bähr) 699** — bei Gesichtsasymmetrie (Zigler) 746.
Skrofulose (Cornet) 179 — (Schmey) 257 — (Straub) 370.
Skrofulose, Wesen (Schmey) 632.
Skrofulose, Chemie (Zeuner) 985.
Skrofulose, Diätetik (Moro) 321.
Skrofulose, ophthalmologischer Beitrag (Straub) 747.
Skrofulose, Behandlung skrofulöser und tuberkulöser Augenerkrankungen mit J. K. Spengler (Bock) 496.
Soda, Ödeme (Breitmann) 624.
Somatose, Einfluß auf die Milchergiebigkeit (Netzer) 9.
Sommerdiarrhöe (Cameron) 959 — (Fleischner) 960 — (Kirk) 961 — (Royster) 620 — (Saint-Girons) 620 — Klassifikation (Koplik) 618.
Sommerdiarrhöe, Einfluß hoher Temperatur (Royster) 103.
Sommerdiarrhöe, Ursache und Behandlung(Turner) 962.
Sommerdiarrhöe, Prophylaxe (Kerley) 618.
Sommerdiarrhöe, Abkühlung des Kinderzimmers (Apert) 959.
Sommerdiarrhöe, Behandlung (Carr) 616 — Behandlung der epidemischen (Allan) 615 — Behandlung mit Sekretin (Harrower) 617.
Sommersterblichkeit (Boissezon) 615 — (Eichelberg) 102, 281 — (Hannssen) 282, 499, 617 — (Schlesinger) 204 — der Säuglinge (Flügge) 616.
Sommersterblichkeit und Hitze (Liefmann) 618 — (Ca-

meron) 885 — (Rietschel) 619, 861.
Sommersterblichkeit in Frankfurt am Main (Rosenhaupt) 284.
Sommersterblichkeit auf Stadt und Land in Österreich (Moll und Mayerhofer) 103.
Somnambulismus, akuter infolge periostitisch erkrankten Zahnes (Goldmann) 801.
Sonnenbestrahlung, Einfluß auf die weißen Blutzellen (Aschenheim) 509. — Siehe Heliotherapie.
Soziale Kinderheilkunde (Wile) 764.
Spasmophile Diathese (Lederer) 631 — Diathese und Debilitas congenita (Rosenstern) 630.
Spasmophilie (de la Chapelle) 606 — (Freudenberg und Klocman) 631, 843 — (Meyer) 631. — (Zetzschke) 632.
Spasmophilie der Erwachsenen (Peritz) 804.
Spasmophilie, experimentelle (Moll) 519.
Spasmophilie, Rachitis und spasmophile Veranlagung (Langstein) 209.
Spasmophilie, Azetonausscheidung (Liefmann) 248, 842.
Spasmophilie, traumatische Entstehung (Mann) 1003.
Spasmophilie, Parathyreoidea (Petrone und Vitalle) 249.
Spasmophilie, Bronchotetanie (Lederer) 477, 721 — und Krämpfe der Bronchialmuskeln (Kassowitz) 631.
Spasmophilie und Keuchhusten **(Erlanger) 473,** 846, 973.
Spasmophilie und Epilepsie (Graetz) 1002.
Spasmophilie und Toxämie (Davis) 269.
Spasmophilie, Zahnschmelzdefekte (Helbich) 442.
Spasmophilie, spasmophiles Syndrom bei Entwicklung des Hydrozephalus (Triboulet, Debré und Godlewski) 739.
Spasmophilie, Einwirkung alimentärer und pharmakodynamischer Faktoren (Zybell) 574, 632.
Spasmophilie, Behandlung **(Bernheim-Karrer) 453,** 891, 969 — (Rosenstern) 631 — (Zybell) 314 — (Thiemich) 389.
Spasmophilie, diätetische Behandlung (Stöltzner) 314 — milchlose Kost (Raabe) 314.
Spasmophilie, Einfluß der Alkalien (Lust) 349, 891, 970.
Spasmophilie, Kalktherapie (Yagi) 248 — therapeutisch wirksame Dosierung von Kalksalzen **(Blühdorn) 185,** 844, 969.
Spasmophilie, Magnesiumsulfatbehandlung **(Berend) 269,** 522, 969 — Behandlung mit Magnesiumsulfat **(Blühdorn) 562.**
Spasmophliie, Parathyreoidinbehandlung (Meyer) 891, 970.
Spasmosan (Fränkel) 804.
Spasmus nutans (Gismondi) 270.
Spastische Diplegie (Goldenberg) 833.
Spastische Kontrakturen (Stoffel) 1004.
Spastische Lähmung, operative Behandlung (Pussep) 833. — Lähmung, Resektion hinterer Rückenmarkswurzeln (Foerster) 833 — Lähmung, Sehnenoperation und Nervenoperation (Vulpius) 833.
Spastische Lähmung, phylogenetisches Moment (Foerster) 594.
Spastische Paralyse, Resektion der peripherischen Nerven (von Schiller) 833.
Spastische Zustände, Isolierung der Muskelgruppen (Pollock und Jewell) 738.
Speichel, Einfluß auf Lab und Pepsin (Allaria) 1.
Speichel, Einfluß auf das Salzsäurebindungsvermögen der Milch (Allaria) 657.
Speichel, Wirkung des Säuglingsspeichels auf das Salzsäurebindungsvermögen der Milch (Allaria) 609.
Spiel, Psychologie des Spiels (Senet) 821.
Spieltrieb, krimineller (Wulffen) 821.
Spina bifida (Barnet) 860 — (Broca) 1011 — (Chalier und Santy) 756 — (Chambrelent) 756 — (Edington) 756 — (Fayol) 757 — (Grulich) 757 — (Kyle) 276 — (Martin) 276, 758 — (Martin und Berny) 1019 — (Payan und Mattei) 781 — (Perlis) 759 — (Pieri) 759 — (Saalmann) 277, 759 — (Tafipolsky) 277 —

(Tilp) 760 — (Tourniere und Duening) 1020 — (Urano) 760.
Spina bifida occulta (Bibergeil) 925 — (Cramer) 1018.
Spina bifida, kraniale (de la Villéon) 760.
Spina bifida, operative Behandlung (Paul) 100, 276 — (Périer) 277.
Spina bifida, Relief- und Leistenschädel (Kato) 757.
Spina ventosa (Gross) 653 — Behandlung mit Röntgenstrahlen (Libeige) 654 — Behandlung mit Pyrogallolsalbe (Kennerknecht) 305.
Spinale Affektion bei letaler Anämie (Richter) 724.
Spinalflüssigkeit, Bedeutung der Untersuchung (Eichelberg) 773.
Spinalparalyse, spastische (Debrochotow) 792.
Spiritus glycerinus zu feuchten Verbänden (Dörken) 322.
Spirochaete, Mischinfektion von Spirochaeten und Streptococcus pyogenes (Dupérié) 985.
Spirometrische Untersuchungen (Vogt und Lederer) 309.
Spirometrische Untersuchungen über die Atmung **(Vogt und Zacharias) 586.**
Spiroskop (Pescher) 990.
Splanchnomegalie bei Akromegalie (Amsler) 726.
Splenektomie (Ambrose) 990.
Splenomegalie, klinische Studien (le Scornet) 267 — primäre (Mandelbaum) 168, 384, 732.
Splenomegalie bei perniziöser Anämie (Barbier) 723.
Splenomegalie bei Leberzirrhose (Cattoretti) 732.
Splenomegalie, Röntgentherapie (Petrone und Lo Re) 267.
Spondylose rhizomélique (Arnstein) 994.
Spondylitis, typhöse (Bonhoure) 633 — (Chatin und Rendu) 634 — (Ardin-Delteil und Coudray) 250 — (Ardin-Delteil, Raynaud und Coudray) 381.
Spondylitis, Behandlung mit dem Callotschen Korsett (van Dorp) 700.
Spondylitische Lähmungen (Bade) 915.
Sport (Power) 763.
Sprache, Entwicklung und Sprachstörungen (Villiger) 704 — späte Entwicklung (Kenyon) 614.
Sprache, Störung und kongenitale Wortbildung (Nadoleczny) 336 — Störungen bei Chorea (Fernagu) 269.
Sprache, kongenitale Störungen des Sprachzentrums (Tait) 770.
Sprache, Behandlung der Sprachdefekte in der Schule (Beath) 1025.
Sprache, Sprachdefekte (Gundelach) 614.
Sprache, sprachärztliche Therapie bei Stummheit (Fröschels) 614.
Sprachheilkunde, Lehrbuch (Fröschels) 703.
Sprechmangel bei den Schülern der Amsterdamer öffentlichen niederen Schulen (van der Meer) 818.
Stadtkinder (Baginsky) 280, 445.
Staphylococcus aureus zur Behandlung der Diphtheriebazillenträger (Lorenz und Ravenel) 92.
Staphylokokken, Immunotherapie der multipen Staphylokokkenhautabszesse (von Szily) 494.
Stärkewerte, Kellnersche und Milchproduktion (Jensen) 6.
Status epilepticus (Dorner) 804.
Status lymphaticus (Zellweger) 970 — Pathologie und klinische Diagnose (Cocks) 631 — in Beziehung zu den Infektionskrankheiten (Luna) 631.
Status thymico-lymphaticus (Bartel) 182 — (Bierring, Goodrich und Glomset) 890, 969 — (Hart) 970 — (Müller) 726 — (Schridde) 370 — (Wiesel) 727.
Status thymico-lymphaticus und Salvarsan (Rindfleisch) 417, 844.
Status thymico-lymphaticus, Verhalten der Thyreoidea (Soli) 994.
Stäubchen (Zipperling) 98.
Stauungsbehandlung bei Poliomyelitis (Ilhenny 253.
Stauungshyperämie zur Behandlung der chirurgischen Tuberkulose (Bier) 222.
Steatorrhöe, kongenitale familiäre (Garrod und Hurtley) 745.
Stechapfelvergiftung (Schwerwinzky) 788.
Stehfähigkeit (Lesage und Collin) 1003.

Steilschrift (Péchin) 1000.
Steinkind (Schweitzer) 279.
Stenose, subaortische (Seott) 587 — (Thursfield und Scott) 720.
Sterblichkeit (Gray) 761, 1022 — (Hanauer) 282 — (Hastings) 1022 — (Jahnke und Pick) 1022 — (Lambrechts) 762 — (Lederle) 762 — (Mittelhäuser) 283 — (Moore) 1023 — (Parker) 763 — (Reuben) 763 — (Risel) 283 — (Tuley) 284 — (Wall) 284.
Sterblichkeit in früheren Jahrhunderten (Hanssen) 282.
Sterblichkeit und Totgeburten in Captieux und Villandraut 1022.
Sterblichkeit oder Geburtenrückgang (Buddee) 761.
Sterblichkeit und Geburtenrückgang in Regensburg (Boecale) 761.
Sterblichkeit, Beziehungen der sozialen und ökonomischen Verhältnisse (Levy) 762.
Sterblichkeit und Wohnungsnot (Cruveilhier) 1021.
Sterblichkeit der Säuglinge nach der Stocklage (Schrader) 170, 763.
Sterblichkeit und Ernährung (Loriou) 283.
Sterblichkeit in den ersten 8 Lebenstagen (Kerness) 282, 629.
Sterblichkeit, Einfluß atmosphärischer Momente (Bleyer) 959.
Sterblichkeit, Steigerung der Säuglingssterblichkeit im Frühjahr (Liefmann) 860, 1023.
Sterblichkeit, Unregelmäßigkeit nach Tagen und Monaten (Hanssen) 762.
Sterblichkeit und Sommerhitze (Rietschel) 619, 861.
Sterblichkeit, Sommersterblichkeit (Eichelberg) 102.
Sterblichkeit und Eugenik (Solomon) 763.
Sterblichkeit auf dem Lande (Lehmann) 762.
Sterblichkeit, in deutschen Großstädten (Abelsdorff) 280.
Sterblichkeit, Sommersterblichkeit in Stadt und Land in Österreich (Moll und Mayerhofer) 103.
Sterblichkeit, Säuglingssterblichkeit in Berlin (Liefmann und Lindemann) 204, 762.
Sterblichkeit in Kiel (Hanssen) 1022 — in Königsberg in Preußen (Liedtke) 762 — in Essen (Lübbering) 283 — in der Provinz Sachsen (Landsberg) 186 — in Preußen (Hillenberg) 282, 1022 — in Schwarzenberg (Hoffmann) 282 — in Hamburg (Sieveking) 1024 — in Sachsen-Weimar (Gumprecht) 762 — in Mecklenburg-Strelitz (Stein u. Brüning) 927 — im Großherzogtum Mecklenburg - Schwerin (Brüning und Stein) 761 — im Großherzogtum Baden (Behrens) 1021 — in Bayern 1024 — im Großherzogtum Salzburg (Moll) 1023 — im Kreise Grevenbroich (Baum) 280 — in den Niederlanden (Methorst) 283, 602 — in der Schweiz (Neuberg) 283 — im Arrondissement de Langres (Florentin) 281 — in Bailleul (Bels) 280, 761 — in Irland (Walter) 457 — in Italien (Finizio) 281 — in New York (Baker) 397, 1021.
Sterilisation mit elektrischen Strömen (Thornton) 12.
Sterilisieren (Morse) 623 — von Milch (Kurkas-Erben) 7.
Stickoxyd, Einwirkung auf Diastase (Panzer) 627.
Stickstoff, Stoffwechsel (Gouin und Andouard) 625 — Stoffwechsel während der Schwangerschaft (Hauch) 572 — in den ersten Lebenstagen (Mensi) 8.
Stickstoff, Stoffwechsel des wachsenden Schweines (Weiser) 368.
Stickstoff, Stoffwechsel und kongenitales Fehlen der Gallengänge (Koplik und Crohn) 247, 368.
Stickstoff- und Schwefelverteilung bei intestinalem Infantilismus (Crudden und Fales) 625.
Stickstoff im Stuhl bei Infantilismus (Crudden und Fales) 416.
Stickstoff, Insufflation bei Pleuritis exsudativa (Horwitz) 721.
Stickstoff, Beziehung zum Schwefel in Nahrungsmitteln (Hirschstein) 6, 626.
Stickstoff, unter Einfluß flüchtiger Fettsäuren (Bahrdt und Bamberg) 80.
Stickstoff, Ausscheidung bei Nephritis (Erdélyi) 733.

Stickstoff, Retention (Barbier) 247 — Retention bei Fütterung von Harnstoff (Grafe) 965.
Stillen (Cran) 960 — (Forsyth) 960 — (Griffith) 146, 617 — (Naish) 961 — (Opitz) 961 — (Schröppe) 620 — (Variot) 962.
Stillen, Propaganda 764.
Stillen, Fähigkeit (Hirsch) 1022.
Stillen, Schwierigkeiten (Kaupe) 961 — Stillen, Schwierigkeiten und deren Behandlung (Beer) 473, 615.
Stillen und Stillunfähigkeit (Bernheim-Karrer) 72; (Koller) 70 — Ursache des Unvermögens der Frauen zum Stillen (Cameron) 959.
Stillen, Stillungsnot und ihre Ursachen (Fulda) 617.
Stillen, Einfluß der Laktation (Oliver) 619.
Stillen, Ersatzstillen (Clanahan) 146.
Stillen, milchreiche Amme (Bernheim-Karrer) 615.
Stillen und Menstruation (Glass) 242.
Stillen und Mastitis (Heydolph) 691.
Stillen und Albuminurie (Fedele) 242.
Stillen und Nervosität (Frost) 629, 960.
Stillen und Tuberkulin (Cozzolino) 960.
Stillen, Scharlach und Nephritis (Gioseffi) 252.
Stillbeihilfe (Paul) 1023 — (Thiemich) 1024.
Stillbeihilfe in Deutschland (Rott) 1023 — in Düsseldorf (Baum) 761.
Stillprämien (Risel und Schmitz) 102, 283.
Stillraum in Fabriken (Baum) 280.
Stillsche Krankheit (Cozzolino) 651, 972 — (Koeppe) 155.
Stimmband, Doppelbildung (Lautenschläger) 758.
Stoffelsche Operation (Guradze) 833 — (Kofman) 833 — (von Schiller) 833.
Stoffwechsel (Benedikt und Talbot) 624 — (Courtney) 624.
Stoffwechsel im Säuglingsalter (Mükler und Schloß) 572 — des Säuglings (Takeno) 627.
Stoffwechsel, Arbeitsleistung d. Säuglings **(Schloßmann) 47.**
Stoffwechsel bei Kindern (Ryan) 966.
Stoffwechsel, Ausnutzung von Vollmilch und kaseinfettangereicherter Kuhmilch **(Frank) 151,** 367, 965.
Stoffwechsel der Mineralien (Giffhorn) 947 — (Müller und Schloß) 627.
Stoffwechsel, Stickstoff- und Salzretention (Barbier) 247.
Stoffwechsel, Einfluß hoher Eiweißernährung (Holt, Levene, Brown, Wollstein, Courtney, Moore) 199.
Stoffwechsel bei Eiweißmilch (Hoobler) 838.
Stoffwechsel im Hunger (Schloßmann und Musschhauser) 966.
Stoffwechsel bei rektaler Ernährung (Mutch und Ryffel) 248.
Stoffwechsel bei Zufuhr von oxalsaurem Natrium (Luithlen) 248.
Stoffwechsel während geistiger Arbeit (Lehmann) 821.
Stoffwechsel stillender Frauen (Melanby) 661.
Stoffwechsel in der Schwangerschaft und Laktation (Dienes) 965.
Stoffwechsel des wachsenden Schweines (Weiser) 368.
Stoffwechsel bei alleiniger Ernährung von Kaninchen mit Milch (Laqueur) 661.
Stoffwechsel, Ökonomie (Schloßmann) 571.
Stoffwechsel bei mongoloider Idiotie (Lourié) 796.
Stoffwechsel, innersekretorische Störungen bei Athyreosis, mongoloider Idiotie und Akromegalie (Jödicke) 726.
Stoffwechsel bei amaurotischer familiärer Idiotie (Heimann, Bookman und Crohn) 207.
Stoffwechsel bei intestinalem Infantilismus (Crudden und Fales) 625.
Stoffwechsel bei Atrophie (Frank und Wolff) 625, 841 — (Niemann) 627 — respiratorischer und Atrophie (Schlossmann) 79.
Stoffwechsel bei Osteogenesis imperfecta (Schwarz und Bass) 744.
Stoffwechsel bei völligem Gallenmangel im Darm (Parker) 627.

Stoffwechsel bei Rachitis (Meyer) 248 — (Schabad) 248 — (Schloß) 598.
Stoffwechsel, Kalkstoffwechsel bei Rachitis (Dibbelt) 743.
Stoffwechsel bei Amyotonia congenita (Gittings und Pemberton) 270, 735.
Stoffwechsel, anorganischer bei Pneumonie (Peabody) 248.
Stomatitis beim Neugeborenen (Pallesen) 642.
Stomatitis bei Scharlach und Scharlachrezidive (Hetzer) 637.
Stopfmittel im Kindesalter (Birk) 570, 612.
Storchsche Reaktion (Tillmanns) 12.
Stottern (Neustädter) 614 — und Fazialisphänomen (Fremel) 1002 — und Angstneurosen (Frank) 608.
Stottern, Behandlung (Bryant) 1001 — (Fröschels) 1002.
Strafgesetzbücher, außerdeutsche 187.
Strangulation eines Neugeborenen (Legludic) 629.
Streptokokkiämie (Sarembskaja) 900.
Streptokokken in der Milch (Broadhurst) 3 — aus Milch (Rosenow) 570; (Ruediger) 10.
Streptokokken aus Milch und dem menschlichen Rachen (Stowell, Hilliard und Schlesinger) 624.
Streptokokken in Milch und in Fäzes (Puppel) 10.
Streptokokken der Milch und Angina (Davis) 245 — (Rosenow) 246 — in Milch und bei Angina (Stowell und Hilliard) 12.
Streptokokken, Artenfrage (Le Blanc) 2.
Streptokokken, Wirkung auf Kohlehydrate (Winslow) 13.
Streptokokken, epidemische Angina (Capps) 991.
Streptokokken bei Mastitis (Gohr) 617 — (Gminder) 5.
Streptokokken, primäre Peritonitis (Lennan und Nee) 579.
Streptokokken, Empyem mit Erysipel (Hyamanson) 253.
Streptokokken, Arthritis bei Pneumonie (Lowenburg) 254, 721.
Streptokokken, Sepsis (Korybut-Daszkiewicz) 177.
Streptokokken, Vulvovaginitis (Slingenberg) 268.
Streptokokken, Antistreptokokkenserum bei Streptokokkeninfektion (Weawer und Tunnicliff) 484.
Streptokokkenvakzine bei Scharlach (Walker) 980 — in der Scharlachprophylaxe (Watters) 281.
Stridor, kongenitaler, inspiratorischer (Rach) 260.
Stridor thymicus, angeborener inspiratorischer (Rach) 325.
Strontium, Einfluß auf die Entwicklung des Knochengewebes wachsender Tiere (Lehnerdt) 626 — Einfluß auf die Entwicklung des Knochengewebes (Oehme) 957.
Struma (Guggisberg) 726 — (Oswald) 993.
Struma, Wasserätiologie (v. Aichbergen) 796 — (Kutschera) 385.
Struma bei Schulkindern (Meisel) 726.
Struma, kongenitale (Krasnogorski) 993 — (Remy und Fairiso) 727, 994.
Struma, intrathorakale (van den Wildenbergh) 994 (Crotti) 726.
Struma, endemische (Dieterle, Hirschfeld und Klinger) 795, 909, 993 — (Schittenhelm und Weichardt) 796.
Struma, stenosierende (Bardin) 726.
Struma und Epilepsie (Bircher) 263.
Struma, zystische mit Geistesschwäche (Sheffield) 271.
Struma und Kretinismus in Tirol und Vorarberg (v. Stichbergen) 552.
Strychnin, Übergang des Strychnins vom Muttertier auf den Fötus (Sirigu) 628.
Stummheit bei hörenden Kindern (Fröschels) 324, 472 — sprachärztliche Therapie bei Stummheit (Fröschels) 614.
Subaortale Stenose (Thursfield und Scott) 720.
Sublimat, therapeutische Wirkung (Czaplicki) 173 — Anwendung bei der stillenden Mutter (Haas) 659.
Subkutanes Zellgewebe als Abwehrorgan (Maillet) 69.
Sympathisches Nervensystem, Anteilnahme an den Erkrankun-

gen des Säuglings **(Tezner) 399, 1004.**
Sympathisches Nervensystem in Beziehung zur alimentären Intoxikation (Hirschfeld) 570, 617.
Sympathicus, Verhältnis der Thymus und des chromaffinen Systems (Hornowski) 770.
Symphysis sacro-iliaca, traumatische Trennung (Braquehaye, Adda und Bruch) 444, 735, 1001.
Syndaktylie (Chop) 756 — (Ehringhaus) 99, 279 — (Lerda) 1018 — (Nachimowitsch) 1019 — (Vogel) 1020.
Synostose, radio-ulnäre (Baisch) 278, 753.
Synostose, kongenitale radio-kubitale (Mouchet) 758.
Synostose, kongenitale Vorderarmsynostose (Maass) 496 — doppelseitige beider Vorderarmknochen (Kraglinger) 758.
Syphilis (Bering) 250 — (Copeland) 985 — (Jeanselme) 649 — (Levy) 986 — (Siebert) 105 — (Variot 987.
Syphilis, Zeitpunkt der luetischen Infektion des Fötus (Trinchese) 650.
Syphilis der fötalen Wirbelsäule (Alexander) 250, 647.
Syphilis, postkonzeptionelle (Bobrie) 250.
Syphilis tarda (Alsberg) 419, 873 — tarda der Leber (Espil) 648 — Spätformen der Erbsyphilis (Bering) 217.
Syphilis, Übertragung auf die Nachkommenschaft (Baisch) 108 — Übertragung vom Vater (Marshall) 164.
Syphilis, Diagnose (Carthy) 985 — klinische Diagnose der Lues congenita (Götzky) 355.
Syphilis, Frühdiagnose (Poppi) 987 — klinisch-biologische Methode zur Frühdiagnose (Mensi) 986.
Syphilis, Serodiagnose (Brauer) 418.
Syphilis, diagnostischer Wert des Sistoschen Zeichens (Ferreira) 986.
Syphilis, große Milz (Giraulet und Tissier) 648.
Syphilis, Sebrazès-Eckensteinsche Reaktion (Perelmann) 478.
Syphilis, Dungersche Syphilisreaktion (Samelson) 875.
Syphilis, kolloidale Goldchloridreaktion der Zerebrospinalflüssigkeit (Grulee und Moody) 986.
Syphilis, Prognose der kongenitalen (Marcus) 649.
Syphilis, Entstehung, Erscheinungen und Behandlung (Bering) 648.
Syphilis, pathologische Anatomie (Schmincke) 936 — pathologisch-anatomisches und mikroskopisches Studium (Sabrazès und Dupérié) 987.
Syphilis, Bedeutung für die Pathogenese verschiedener Kinderkrankheiten (Francioni) 648.
Syphilis, Bedeutung akut entzündlicher Prozesse (Haerle)648, 851, 874.
Syphilis, pseudotuberkulose Manifestationen (Le Fort) 648.
Syphilis, Blut und blutbildende Organe (Sevestre) 987.
Syphilis und Anaemia splenica (Petrone) 261.
Syphilis und Anorexie (Delcourt) 985.
Syphilis, Entwicklungsstörung der Thymusdrüse bei kongenitaler Lues (Ribbert) 650.
Syphilis, Zwergwuchs und Riesenwuchs (Köhler)272.
Syphilis, spezifische Nephritis bei Erbsyphilis (Hintzelmann) 874.
Syphilis, hämorrhagische Nephritis bei hereditärer (Hahn) 218.
Syphilis, paroxysmale Haemoglobinurie (Rault) 267 — Beziehung zur paroxysmalen Hämoglobinurie (Browning und Watson) 985.
Syphilis, familiäre Albuminurie (Castaigne) 648.
Syphilis, prognostische Bedeutung alimentärer Saccharosurie (Gaujoux) 625.
Syphilis, kongenitaler hämolytischer Ikterus heredosyphilitischen Ursprungs (Fournier und Joltrain) 648.
Syphilis, Gefäßerkrankung der Leber bei kongenitaler Lues (Lühmann) 649.
Syphilis, Einfluß auf das Lungengewicht (Giedgowd) 176.
Syphilis und Tuberkulose (Zarfl) 258, 325.
Syphilis, Aortenveränderung (Ecudero) 259.

Syphilis, Aortitis (Rebaudi) 650 — Aortitis infolge kongenitaler Lues (Lippmann) 649.
Syphilis, Mitralstenose bei hereditärer Syphilis (Nathan) 649, 986.
Syphilis, familiärer Mitralherzfehler auf Grund angeborener Syphilis (Milian und Sauphar) 649.
Syphilis und Chorea (Appert) 269 — (Babonneix) 736 — (Chevron) 736 — (Flatau) 790 — (Triboulet) 739.
Syphilis, hereditäre bei chronischem Rheumatismus (Gaucher und Weißenbach) 652.
Syphilis, tertiäre erworbene oder angeborene der Halslymphdrüsen (Ménard) 649.
Syphilis, Veränderungen der Nabelschnur (Dominici) 165.
Syphilis, Histologie der kongenitalen Dünndarmsyphilis (Warstat) 650.
Syphilis der Bauchorgane (Hausmann) 586.
Syphilis, Ekzem (Findley und Watson) 904.
Syphilis, Urticaria pigmentosa (Riehl) 987.
Syphilis, Keloidnarben nach luetischem Exanthem (Goldreich) 322.
Syphilis, hereditäre des Nervensystems (Barbier und Gastier) 788 — hereditär-nervöse Erscheinungen (Terrien, Babonneix und Dautrelle) 258.
Syphilis, Meningomyelitis (Lesage und Collin) 649.
Syphilis, gummöse Meningitis-Enzephalitis (Baumel und Gueit) 647.
Syphilis und Littlesche Krankheit (Babonneix und Tixier) 647.
Syphilis, spastische hereditäre syphilitische Paraplegie (Marfan) 649.
Syphilis, Beziehung zur progressiven Muskeldystrophie (Cadwalader und Corson-White) 985.
Syphilis, der Friedreichschen Ataxie ähnliche Krankheitsbilder (Schob) 1004.
Syphilis, Raynaudsche Krankheit als Symptom der hereditären Syphilis (Bosanyi) 648, 851, 873.
Syphilis, Mikromelie durch periostale Dysplasie (Bonnaire und Durante) 742.
Syphilis und Poliomyelitis (Touchard und Meaux-Saint-Marc) 258.
Syphilis bei Schwachsinnigen Clemenz) 985.
Syphilis, kongenitale und Idiotie (Dean) 218 — Beziehungen zur Idiotie und Epilepsie (Kellner) 986.
Syphilis, Bedeutung für die Ätiologie bei idotischen, schwachsinnigen und psychopathischen Kindern (Rehm) 829.
Syphilis und Hydrozephalus (Cannata) 251.
Syphilis mit intranasalen Läsionen (Donelan) 985.
Syphilis, pathologische Anatomie des Ohres bei kongenitaler Syphilis (Hofer) 648.
Syphilis, hereditäre des Labyrinths (Siebenmann) 650.
Syphilis, Chemotherapie der luetischen Keratitis (v. Szily) 496.
Syphilis, Parese des Oculomotorius externus (Nathan) 649.
Syphilis, Ophthalmoplegia totalis unilateralis (Mattissohn) 649, 779.
Syphilis, pathologische Anatomie bei Retinitis syphilitica hereditaria (Ito) 402, 649.
Syphilis in Beziehung zu Zahnkrankheiten (Fritzsche) 749 — histologische Untersuchung am kongenital-luetischen Zahnkeim (Köhler) 649.
Syphilis, Friedlaender-Sepsis mit Nebennierenblutungen (Conradi) 251, 418 — Pneumokokkensepsis (Dupérier) 985.
Syphilis und Polyarthritis (Robson und Odgers) 987.
Syphilis, Periostitis ossificans (Vogel) 136.
Syphilis, Affektion der Knochen (Fitzwilliams) 164.
Syphilis der Knochen und Gelenke (Addison) 647 — der Gelenke und Knochen (Owen) 986 — Knochen- und Gelenkentzündungen (Löhe) 649.
Syphilis, hereditäre späte der langen Knochen (Benazet) 250.
Syphilis, symmetrische Epiphysenlösung der Vorderarmknochen infolge hereditärer Lues (Rocher) 650.
Syphilis und Pagetsche Knochenerkrankung (Etienne) 648.

Syphilis, Gummata beim Neugeborenen (Sauvage und Géry) 650, 904.
Syphilis, Behandlung (Lévy-Bing und Duroeux) 649.
Syphilis, Behandlung syphilitisch geborener Kinder (Bonnet-Laborderie) 985.
Syphilis, Therapie und Klinik (Müller) 875, 986.
Syphilis, Lokalbehandlung der generalisierten (Castelli) 218.
Syphilis, operative Therapie der Lues des Zentralnervensystems (Schönborn) 650.
Syphilis, Salvarsanbehandlung (Andronescu) 218, 306; (Bokay) 418; (Bunch) 164; (Fabre und Bourret) 648; (Galliot) 986; (Leurianx) 790; (Welde) 306.
Syphilis, Behandlung mit Salvarsan und Neosalvarsan (Bunch 985 — (Dünzelmann) 217.
Syphilis, Behandlung mit Neosalvarsan (Dünzelmann) 307 — (Schreiber) 307.
Syphilis, Salvarsanbehandlung syphilitischer Schwangerer (Jeanselme) 649 — (Jeanselme, Vernes und Bloch) 649.
Syphilis, späteres Schicksal mit Salvarsan behandelter Luesfälle (v. Bokay) 873.
Syphilis, Behandlung mit Schinderschem Joha (Schmidt) 306. — (Steiger) 306. — (Stroscher) 306.
Syphilis, Infektiosität von Milch syphilitischer Frauen (Uhlenhuth und Mulzer) 477, 650, 663.
Syphilis, ungewöhnliche Fruchtbarkeit bei syphilitischen Eltern (Watson) 650.
Syphilis, Schicksal der Frühgeborenen (Détré) 630.
Syphilis, Prophylaxe des luetischen Abortes (v. Szily) 88, 650.
Syphilis, Mortalität und Morbidität (Marshall) 164.
Syphilis, plötzlicher Tod syphilitischer Neugeborener (Bonnet-Laborderie) 648.
Syphilis, Sterblichkeit und Zurückbleiben der kongenital luetischen Kinder (Lucas) 87.
Syphilis, volkswirtschaftliche Bedeutung (Mayerhofer) 763.
Syphilis, Versorgung luetischer Pflegekinder (Rommel) 130 — syphilitische Pflegekinder (Wendel) 1024.
Syphilis bei Schulkindern (Hazen) 648.
Systemerkrankung, kombinierte (Deutsch) 700.

Tabes, juvenile (Christa) 1002 — (Gordon) 781.
Tabes, infantile (Bechterew) 781 — infantile und juvenile (Barkan) 493, 736.
Tabes, initiale, infantile (Knoepfelmacher) 270, 325.
Tabes und Hämatemese (Lehmann) 270.
Taches de vin (Albert-Weil) 744.
Talgdrüsen, angeborene Sekretstauung (Hinzelmann) 391.
Talipes equinovarus, Verwendung von Heftpflaster (Allen) 277.
Tanargentan (Mandelbaum) 314.
Tangerfieber, Ernährungsstörungen in Form des Tangerfiebers (Steiner) 200.
Taenia saginata, Thymol (Allan) 727.
Tannismut bei Darmkatarrhen (Monti) 961 (Soucek) 244.
Taette (Olsen-Sopp) 9.
Tarsalgie (Wassilieff) 1016.
Tarsalia überzählige (Fischer) 237.
Taschenbuch pharmazeutischer Spezialitäten (Hügel) 558.
Tätowierung (Goronzek) 829.
Taubheit (Goldstein) 748 — (Moss) 748 — erworbene (Yearsley) 1010.
Taubheit, hysterische (Jones) 1009.
Taubheit, Ätiologie (Yearsley) 413.
Taubheit bei Meningitis cerebrospinalis (Gradenigo) 974 — nach epidemischer Zerebrospinalmeningitis (Davis) 972.
Taubheit, plötzliche bei Scharlachotitis (Manasse) 779.
Taubheit, kongenital-familiäre bei Augenanomalie (van der Hoeve) 1009.
Taubheit, Verhütung (Makuen) 274 — Verhütung (Yearsley) 226.
Taubheit, Frühbehandlung (Husdon-Makuen) 748.
Taubstumme, Heredität und Blutsverwandtschaft (de Wilde) 566.
Taurocholnatriumreaktion zur Diagnose der Meningitis (Danielopolu) 492.

Tellurnährböden bei der bakteriologischen Diphtheriediagnose (Schürmann und Hajos) 471.
Temperatur des Neugeborenen (Devilliers) 239, 610 — beim Kinde (Williams) 196 — normale bei Kindern (Fraenkel) 610.
Temperatur, zentrale beim Neugeborenen und Frühgeborenen (Apert) 237.
Temperatur, Energiequotient (Frank) 965.
Temperatur, orale, axillare, inguinale, rektale (Ishiguro) 610.
Temperatur, Bedeutung einer gleichmäßig tiefen rektalen Messung (Tachau) 611.
Temperatur, vergleichende Messungen (Stäubli) 562.
Temperatur, rektale Steigerungen (Weinert) 878.
Temperatur bei Bewegung und Ruhe (Fraenkel)196.
Temperatur, Kurven bei Leishmaniose (Caronia) 723.
Temperatur, äußerste Temperaturgrenze in Apyrexie (Borrino) 609.
Temperatur, Einfluß hoher Eiweißernährung (Holt, Levene, Brown, Wollstein, Courtney, Moore) 199.
Temperatur, Beeinflussung durch Salze (Friedberger und Tetsuta) 610.
Tentorium, Riß bei Neugeborenen (Schönberg) 630 — Zerreißung und intrakranielle Blutungen (Benthin) 718, 783.
Teratoider Epignathus des Oberkiefers (Zils) 1020.
Teratom, malignes des Ovariums (Monnier) 1014 — (White) 1016.
Teratom, embryonales des Hodens (Meyer) 1014.
Teratom der Schilddrüse beim Fötus (Russell und Kennedy) 727.
Tetanie (Apert und Lemaux) 742 — (Birk) 736 — (Stöltzner) 739 — akute (Krüger-Franke) 629 — Neugeborener (Kehrer) 574, 629 — und tetanoide Zustände (Fischl) 631.
Tetanie, Pathogenese (Lust) 574, 631.
Tetanie und Parathyreoidea (Pollini) 631.
Tetanie, vermehrte Glykuronsäureausscheidung (Freund) 843, 965.
Tetanie, Übererregbarkeit der Nerven (Gallum) 890.
Tetanie, klinische Betrachtungen (Gruchet) 634.
Tetanie, tetanieforme Kontrakturen (Dunoyer) 735.
Tetanie, zerebrale Symptome (Curschmann) 631, 804.
Tetanus, Augenmuskelstörungen (Salus) 779.
Tetanie, diätetische Behandlung (Grulee) 314.
Tetanus, Seruminjektion (Piotrowski) 177 — intralumbale Seruminjektion (Merle) 976 — intravertebrale und subkutane Seruminjektion (Curtillet und Lombard) 635.
Tetanie, Schilddrüsentherapie (Poggio) 1003.
Tetanie, Behandlung mit Bromkalzium (Grünfelder) 574, 631. — Siehe Spasmophilie.
Tetanie und Zahnanomalien **(Klotz) 535.**
Tetanie, geburtshilflich-gynäkologische Bedeutung (Kehrer 738.
Tetanus (Montagnon) 976 — (v. Pfaundler) 930.
Tetanus neonatorum (Wolff) 901.
Tetanus bei Verbrennungen (Newberger) 752.
Tetanus, Behandlung mit Magnesiumsulfat (Parker) 256, 301 — intraspinale Injektionen von Magnesiumsulfat (Tidy) 979.
Tetanus, Behandlung mit subkutanen Karbolinjektionen (Zembrzusky) 301.
Therapeutische Grundsätze (Campbell) 957.
Therapeutisches Jahrbuch (Nitzelnadel) 714.
Therapie der Kinderkrankheiten Sammelreferat (Birk) 289.
Therapie der Kinderkrankheiten (O'Connor) 612.
Thermometrie beim Neugeborenen (Devilliers) 968.
Thomsensche Krankheit (Maggiore) 271.
Thorax, Radiogramm (Benjamin und Goett) 239.
Thorax, Entwicklung (Zellner 561, 611.
Thorax, Festigkeit des kindlichen (Midwidskaja) 610.
Thorax, Kontusion (Midwidskaja 610.
Thorax, angeborene Mißbildung (Crookshank und Boyd) 756.

Thorax, Deformitäten und Rachitis (Peignaux) 743.
Thorium, physiologische und therapeutische Wirkung (Fürstenberg) 361.
Thrombenbildung bei Masern (Lutz) 893, 975.
Thromboarteritis der Nabelarterie (Reinach) 933.
Thromboendocarditis ulcerosa (Hohlfeld) 259.
Thrombophlebitis der Nabelvene (Reinach) 933.
Thrombose des Sinus cavernosus (Bertlich) 905, 987.
Thrombose, marantische nach tuberkulöser Peritonitis (Vogel) 115, 118.
Thrombose und Lungeninfarkt (Porak) 256.
Thymol gegen Taenia saginata (Allan) 727.
Thymektomie (Chalochet-Walther) 750.
Thymus (Basch) 588, 726.
Thymus, Histogenese (Wassjutotschkin) 994.
Thymus, Funktion (Lampe) 726.
Thymus, Physiologie (Yokoyama) 994.
Thymus, Physiologie und Pathologie (Matti) 469, 726.
Thymus, Pathologie (Hart) 993.
Thymus, chemische Zusammensetzung (Mendelsohn) 434.
Thymus, Verhältnis zum chromaffinen System (Hornowski) 770.
Thymus, Beziehungen zur Schilddrüse (Poensgen) 993.
Thymus, Extraktwirkung **(Fischl) 515,** 512, 957.
Thymus, Abderhaldensche Fermentreaktion (Kolb) 993.
Thymus, Autolyse (Kashiwabara) 726 — (Marshall) 726.
Thymus, Rückbildung durch Röntgenstrahlen (Béclère und Pigache) 262 — Involution durch Röntgenstrahlen (Regaud und Crémieu) 727.
Thymus, Regenerationsfähigkeit bei Säugetieren (Fulci) 909.
Thymus, Behandlung bei verzögerter Körperentwicklung (Kerley und Beebe) 263, 321.
Thymus, Entwicklungsstörung bei Thymusbehandlung (Kerley und Beebe) 796.
Thymus, Entwicklungsstörung bei kongenitaler Lues (Ribbert) 650.
Thymus, Perkussionsverfahren zur Ermittlung einer vergrößerten (Park und Guire) 611.
Thymus, Hypertrophie (Lévy und Pellot) 263; (Viscontini) 994 — Röntgenbehandlung (Wyckoff) 994 — Hypertrophie (Crotti) 992 — (Luzzatti) 993 — (Grenet und Sédillot) 263 — (Boissonnas) 210.
Thymus, Hypertrophie, Radiotherapie (Albert-Weil) 263; (Veau) 263; (Weill und Péhu) 263.
Thymus, Hypertrophie und schwere Atmungsstörungen (Braillon und Brohan) 992.
Thymus, Trachealverdrängung bei Thymushypertrophie (Schubert) 727.
Thymus, Hyperplasie (Friedlander) 993 — (Hart) 970 — (Crotti) 726.
Thymus, Chirurgie (Parker) 393, 727.
Thymus, Stenose (Schumacher) 727 — (Grenacher) 263 — Trachealstenose (Lynah) 993; (Hoeniger) 260.
Thymus, Thymusfälle (Whitmore) 994.
Thymus, Status thymico-lymphaticus (Wiesel) 727.
Thymus, plötzlicher Tod (Davis) 992; (Perez-Montaut) 910, 993; (Cozzolino) 726; (Abramowski) 910 — und Status thymolymphaticus (Müller) 726.
Thyreoaplasie (v. Eiselsberg) 795.
Thyreoidea, fötale (Fenger) 993.
Thyreoidea, Histologie (Gleim) 726.
Thyreoidea, Beziehungen zur Thymus (Poensgen) 993.
Thyreoidea, Einfluß auf die Schwangerschaft und Laktation (Thompson) 994.
Thyreoidea, Verhalten bei Mutter und Fötus (Carlson) 992.
Thyreoidea, Verhalten des Blutes nach Entfernung der Schilddrüse (Reckzeh) 994.
Thyreoidea, Überpflanzen mütterlicher Schilddrüse auf das myxidiotische Kind (Henschen) 795.
Thyreoidea und Zähne (Kranz) 796.
Thyreoidea, kongenitale Athyreosis (Kellner) 263.
Thyreoidea, kongenitale Abnormitäten (Pern) 993.

Thyreoidea, angeborene Insuffizienz (Wieland) 727.
Thyreoidea, Hypothyreoidismus (v. Jauregg) 993.
Thyreoidea bei Status thymicolymphaticus (Soli) 994.
Thyreoidea bei Ekzem (Rocaz) 316.
Thyreoidea, Veränderungen bei einer kretinoiden Abart der Chondrodystrophia foetalis (Symmers und Wallace) 1007.
Thyreoidea, herdförmige Degeneration bei Purpura (Pettavel) 263.
Thyreoidea, infantiler Dysthyreoidismus (Franzi) 263 — Dysthyreoidismus (Luzzatti) 726.
Thyreoidea, Aplasie und Hypophysenbefund (Zuckermann) 908.
Thyreoidea, Beziehungen zur alimentären Toxämie (Langmead) 734.
Thyreoidea, Teratom beim Fötus (Russell und Kennedy) 727.
Thyreoidea in der Pathologie (Oswald) 993.
Thyreoidea, Schilddrüsentherapie (Gordon) 726 — Tetanie und Schilddrüsentherapie (Poggio) 1003.
Thyreoidin, Behandlung der Nephritis (Thévenot) 999.
Tibia, Lymphbahn des oberen Endes (Rouvière und Houdard) 955.
Tibia, kongenitales Fehlen (Robson und Odgers) 1019 — angeborener Defekt (Schwarzbach) 279.
Tibia, Behandlung der rachitischen Verkrümmungen (Lance) 268.
Tic (Barbour) 1001.
Tod, plötzlicher (Abramowski) 910 — (Gozzolino) 726 — (Grotti) 992 — (Farr und Glenn) 726 — (Perez-Montaut) 910 — plötzlicher syphilitischer Neugeborener (Bonnet-Laborderie) 648 — plötzlicher durch tuberkulöse Meningitis (Luna) 254 — plötzlicher durch Tracheobronchialdrüsentuberkulose (Cacciami) 251.
Tollwut (Allen und Horne) 970.
Toluidinblau zum Nachweis der Diphtheriebazillen (Ponder) 426.
Tonpsychologie (Hentschel) 740.
Tonsillen, Bakteriologie und pathologische Anatomie (Davis) 434.
Tonsille, Verhalten der lymphozytären Zellen (Goslar) 992.
Tonsillen, in Beziehung zur Ätiologie der Appendizitis (Poynton und Paine) 437.
Tonsillen und Adenoide (Scales) 725.
Tonsillen, Bedeutung bei Scharlach (Longauer) 975.
Tonsillen, lymphadenoide (Renault und Cain) 262.
Tonsille, Hypertrophie (Cheval) 725 — (Kress) 725.
Tonsille, Abszeß (de Vaugiraud) 277.
Tonsille, Sarkom (Nerosloff) 276.
Tonsille, säurefeste Stäbchen in hypertrophischen Gaumentonsillen (Molly) 725.
Tonsille, konservative Behandlung (Kassel) 992.
Tonsille, Entfernung (Coolidge und Garland) 992.
Tonsillen, Exstirpation (Halle) 229 — totale Enukleation (Borchers) 724.
Tonsillen, Behandlung der Tonsillenhypertrophie (Brindel) 725.
Tonsille, Behandlung der Vergrößerung mit Lymphdrüsenextrakt (Ashby) 991.
Tonsillektomie (Goerke) 907 — (Schreiber) 907.
Tonsillitis, akute (Donogany) 725.
Tonsillotomie, Infektion (Koplik) 262.
Torsionskrampf (Bernstein) 801.
Torsionsspasmus (Bonhoeffer) 801.
Tortikollis (Bauer) 274 — (Goldberg) 1012 — (Krawetz) 276 — (Mauclaire) 276 — hereditärer (Greig) 824 — erblicher kongenitaler (Greig) 1012 — angeborene (Goldberg) 276 — (Froehlich) 1012.
Tortikollis, Behandlung (Kölliker) 754 — (Krawetz) 754 — Behandlung des angeborenen (Lamy) 754 — Behandlung des muskulären (Willemer) 756.
Tortipelvis (Fränkel) 801.
Tostenhuben in der Gemeinde Sirnitz in Kärnten (v. Aichbergen) 796.

Totgeborene, Todesursachen (Engibarian) 968.
Totgeburt, Häufigkeit und Ursache (Phillips und Lanaux) 969.
Toxämie, alimentäre (White) 962.
Toxämie, intestinale (Morse) 243 — (Redmond) 730 — und Eklampsie (Davis) 269.
Toxin, rektale Anwendung (Shibayama) 472 — Wirkung des diphtherischen auf Zellen (Levaditi und Mutermilch) 238.
Trachea, Entwicklung (Giedgowd) 177 — (Konopacki) 729.
Trachea, Fremdkörper (Savariaud und Zaepffel) 260.
Trachea, Stenose durch Thymus (Lynah) 993 — Stenose durch Thymushypertrophie (Crotti) 992 — Verdrängung bei Thymushypertrophie (Schubert)727.
Trachea, Ösophago-Trachealfistel (Zeit) 435.
Tracheobronchialdrüsen, Radiologie (D'Oelsnitz) 262 — (D'Oelsnitz und Paschetta) 262 — Erkrankung (Pironneau) 262.
Tracheobronchoskopie, direkte (Paunz) 748.
Tracheostenosis thymica (Hoeniger) 260.
Tracheotomie, querer Luftröhrenschnitt (Keiner) 298 — (Raczynski) 175 — (Rohmer) 230, 298.
Tracheotomie, inferior mit querem Hautschnitt (Leede) 298.
Tracheotomie, stumpfe untere (Dobbertin) 298, 392.
Tracheotomie, tödliche Spätblutungen bei Diphtherie (Lallemant) 639.
Trachom, Prowazeksche Körper in den Follikeln und Papillen (Addario) 150.
Trachom, Prophylaxe (Rulot und van Duysse) 1009.
Tränenwege, Anomalie (Majewski) 402.
Transposition der großen Gefäße (Liebich) 758.
Tremor, hereditäter (Kreiss) 792.
Trichophytie bei Schulkindern (Shaw) 1008.
Trichozephalus (Garin) 728.
Trichterbrust (Wolostnich) 760. — kongenitale (Frühwald) 757.
Trikuspidalatresie, intermittierendes Herzgeräusch (Wieland) 508.
Trockenmilch (Bonnamour) 963 — (Cazalas) 241 — (Chevalier) 616 — (Comby) 245, 365, 616 — (Hueppe) 6 — (Kühl) 964 — (Morant) 964 — (Nageotte-Wilbouchewitch) 246 — (Planchu) 619 — (Porcher) 619, 964 — (Pritchard) 961 — (Schreiber) 75 — (Souvestre) 624 — (Variot, Zuber, Lavialle und Sédillot) 247, 663 — (Weill und Mouriquand) 624, 965 — bei der Ernährung (Bonnamour) 615 — als Säuglingsnahrung (Aviragnet, Bloch-Michel und Dorlencourt) 147.
Trockenmilch, Präparate (Kühl) 661.
Trommelfell, Offenbleiben und Vernarben von Trommelfelllücken (Gomperz) 100.
Trommelfell, Anästhesie (Blevgad) 230.
Trophische Störung (Finkelstein) 694.
Trypsin, Bestimmung der Aktivität (Robertson) 10.
Trypsin, Hydrolyse des Kaseins (Walters) 12.
Trypsin, Wirkung der Kalziumsalze bei der Entstehung des Trypsins (Mellanby und Woolley) 626.
Trypsin bei tuberkulösen Drüsenabszessen (Seidemann) 305.
Tryptische Verdauung der rohen Milch und der Trockenmilch. (Aviragnet, Dorlencourt und Michel) 621.
Tryptische Verdauung der gekochten Milch und der Trockenmilch (Aviragnet, Dorlencourt und Bloch) 657.
Tuberkel im Pedunculus (Bueri) 166.
Tuberkel im Pons (Martini) 783.
Tuberkelbazillen, Typus bei Parinaudscher Krankheit (Möllers) 373.
Tuberkulose, Nachweis von Tuberkelbazillen im Blut (Nobécourt und Darré) 715.
Tuberkelbazillen im Blut nach diagnostischer Tuberkulininjektion (Baumeister) 374.
Tuberkulose, Tuberkelbazillen im strömenden Blut (Brandes und Man) 582 — (Göbel) 582.
Tuberkelbazillen im strömenden Blut (Kahn) 373.

Tuberkelbazillen, Nachweis im Urin durch Impfung (Nobécourt) 239.
Tuberkelbazillen, Widerstandskraft gegen Erhitzen in Molken (Barthel und Stenström) 657.
Tuberkelbazillen und Milch (Royal Commission on tuberculosis) 223 — in Milch (Kurashige, Mayeyama und Yamada) 7 — in Milch und Molkereiprodukten (Eber) 658 — in der Marktmilch (Heuer) 6 — Bestimmung in Milch (Fynn) 4 — Untersuchung der Milch (Eber) 245 — in der Milch einer vakzinierten Kuh (Griffith) 963.
Tuberkulid, papulonekrotisches (Wronker) 875, 902, 984.
Tuberkulin, Empfindlichkeit der kindlichen Haut (Major und Nobel) 880, 957.
Tuberkulin, diagnostische und prognostische Bedeutung (Daniel) 239, 652.
Tuberkulin, Wiederholung lokaler Reaktionen (Schwenke) 532.
Tuberkulin, Wirkung des auf den Lymphwegen zugeführten Tuberkulins (Koeppe) 654.
Tuberkulin, Reaktion auf humanes und bovines (Cattaneo) 651.
Tuberkulin, Diagnostik (Strikker) 717.
Tuberkulinreaktion (Péhu) 89.
Tuberkulinreaktion, kutane (Arieti) 651 — (Browd) 956 — (Cattaneo) 956 — (Kasahara) 874 — (Lapage) 372, 654, — (Oppenheim und Wechsler) 952 — (Rosenquist) 952 — (Rozenblat) 717 — (Wachenheim) 717, 902 — quantitative kutane Reaktion (Morland) 420.
Tuberkulinreaktion, kutane während der Masern (Weinmann) 717 — Wiederkehr der Reaktionsfähigkeit nach dem Verschwinden der Masernanergie (von Pirquet) 958.
Tuberkulinreaktion, Einfluß von Erkrankung und Schwangerschaft (Gavet) 957.
Tuberkulin, intrakutane Reaktion (Jeanneret) 623 — Intradermoreaktion (Paisseau und Tixier) 255.
Tuberkulinreaktion, Morosche (Dluski und Rudzki) 652.
Tuberkulin und Stillen (Cozzolino) 960.
Tuberkulin, Indikation und Technik der Tuberkulinkuren (Eckert) 981.
Tuberkulin bei Knochentuberkulose (Machard) 654.
Tuberkulin Rosenbach (Beck) 333 — (Guno) 334 — bei chirurgischer Tuberkulose Rosenbach) 221, 305.
Tuberkulinbehandlung von Augenkrankheiten (von Herrenschwand) 402.
Tuberkulinbehandlung, poliklinische (Wittich) 305 — (Wolff) 984.
Tuberkulomuzin Weleminsky (Poduschka) 480.
Tuberkulose 985 — Bacon) 980 — (Delépine) 251 — (Elliott) 981 — (Ghon) 982 — (Hamburger) 982 — (Keene) 253 — (Lapage) 254 — (Moro) 495 — (Pritchard) 983 — (Rohmer) 984 — (Starkiewicz) 179.
Tuberkulose des Säuglings (Bernheim-Karrer) 651 — (Cruchet) 651 — des Säuglings (Hahn) 5 der Säuglinge (Mantoux) 254, 482, 654, 982 — des Säuglings (Pironneau) 256, 716 — (Ségard) 984 — in der ersten Kindheit (Ronzoni) 984.
Tuberkulose im Kindesalter (Copeland) 651; (Hamburger) 653; (Kelynack) 653 — (Lawatschek) 480 — (Michael) 654 — (Mac Neil) 481 — (Philip) 371 — (Schelble) 581, 717 — (Scheltema) 717 — (Sonnenberger) 257.
Tuberkulose im Säuglings- und Kindesalter (Lubarsch) 583.
Tuberkulose, Infektion und Erkrankung im Säuglings- und Kindesalter (Lapage) 654.
Tuberkulose, Übertragung von der Mutter auf den Fötus (Dufour und Thiers) 652 — intrauterine miliare (Rollet) 984.
Tuberkulose, angeborene (Harbitz) 581, 653 — (Zarfl) 325, 717.
Tuberkulose, Kinder der Tuberkulösen (Weinberg) 582, 717.
Tuberkulose, Entwicklungshemmung bei einer heredotuberkulösen Frühgeburt (Armand) 240 651.
Tuberkulose, Deszendenz von tuberkulösen Arbeiterfamilien (Leroux und Grimberg) 254.

Tuberkulose, Einfluß der tuberkulösen Belastung auf die allgemeine Körperbeschaffenheit (Peters) 766, 983.
Tuberkulose, Erblichkeit (Déléarde) 652 — (Repaci) 983.
Tuberkulose, Diagnose (Johnston) 653 — Diagnostik (Schloßman) 984.
Tuberkulose, Frühdiagnose (Fonzo) 981 — (Hollopeter) 253.
Tuberkulose, Diagnose und Prognose (Cozzolino) 251 — Diagnose und Klinik (von Pirquet) 716.
Tuberkulose, Laboratoriumsdiagnose (Lyle) 254.
Tuberkulose, Nachweis im Tierversuch (Conradi) 901.
Tuberkulose, Diagnose durch Anaphylaxie (Caforio) 981.
Tuberkulose, Wert der Röntgenstrahlen in der Diagnose (Reade und Caley) 420, 716.
Tuberkulose, Diagnostik der Bronchialdrüsentuberkulose (Engel) 652 — Röntgendiagnostik der Bronchiladrüsentuberkulose (Neuhaus) 654.
Tuberkulose, Diagnose der Lungentuberkulose (Lees) 449 — diagnostische Studien über Lungentuberkulose (Ribadeau-Dumas und Debré) 716.
Tuberkulose, Röntgenuntersuchung bei Drüsen- und Lungentuberkulose (Ségard) 717 — Röntgendiagnostik der Lungentuberkulose (Rach) 716 — Röntgendiagnose der miliaren Lungentuberkulose (Decloux und Ribadeau-Dumas) 652.
Tuberkulose, röntgenologischer Nachweis des primären Lungenherdes bei Bronchialdrüsentuberkulose (Simon) 717.
Tuberkulose, Hilustuberkulose im Röntgenbild (Sluka) 480, 717.
Tuberkulose, Röntgenerscheinungen bei frühzeitiger Lungentuberkulose (Bythell) 651.
Tuberkulose, Röntgendiagnose der Miliartuberkulose (Ribadeau-Dumas) 716.
Tuberkulose, Prognose der Säuglingstuberkulose (Lawatschek) 654.
Tuberkulose, Therapie und Prognose (Hollensen) 653.
Tuberkulose, Pathologie (Lapage und Mair) 654 — (Lubarsch) 654, 851.
Tuberkulose, pathologische Anatomie und Infektionsweise (Hedrén) 63, 162, 252.
Tuberkulose, Pathogenese und Prognose der Säuglingstuberkulose (Frankenau) 652.
Tuberkulose, Empfänglichkeit im frühen Kindesalter (Sonnenberger) 333.
Tuberkulose, Kindheitsinfektion (de Besche) 374, 651 — (Hillenberg) 253 — (Pottenger) 716.
Tuberkulose, Darmtraktus als Eintrittspforte des Tuberkelbazillus (Findlay) 451.
Tuberkulose, Infektion und gleichzeitige Pneumokokkeninfektion (Ribadeau-Dumas und Philibert) 716.
Tuberkulose, Furcht vor Infektion (Scheltema) 701.
Tuberkulose und Gravidität (Stutz) 984.
Tuberkulose, Infektion von Anstaltskindern durch eine tuberkulöse Wärterin (Heß) 850, 982.
Tuberkulose, Eintrittspforten (Beitzke) 479 — (Emrys-Roberts) 981 — (Medin) 982.
Tuberkulose, aerogene oder hämatogene Entstehung der Lungenspitzenphthise (Bacmeister) 584.
Tuberkulose, Übertragung durch Zirkumzision (Holt) 982.
Tuberkulose, Übertragung durch verunreinigten Sand (Perrin) 983.
Tuberkulose, Beziehungen der Rindertuberkulose zur kindlichen (Brunon) 651 — bei Rindern (Abderhalden und Andryewsky) 970 — Bedeutung der Perlsuchtbazillen (Deist) 981 — Bedeutung des Typus humanus und bovinus (Park und Krumwiede jun.) 420.
Tuberkelbazillen vom Typus humanus und Typus bovinus bei Knochen- und Gelenktuberkulose der Kinder (Fraser) 89.
Tuberkulose, sekundäre (Liebermeister) 218 — (Ritter) 983.
Tuberkulose, miliare (Schminke) 933 — allgemeine Miliartuberkulose mit zahlreichen Hauttuberkeln (Northrup) 715.

Tuberkulose, latente beim Säugling **(Ossinin) 618.**
Tuberkulose, Bazillämie (Nobécourt und Darré) 255.
Tuberkulose, Chemie (Zeuner) 985.
Tuberkulose, Fieber bei gemästeten tuberkulösen Kindern (Michalowicz) 175, 654.
Tuberkulose, opsonischer Index des Blutserums (Cannata) 981.
Tuberkulose, Resistenzerhöhung (Citron) 222.
Tuberkulose, Immunität (Pollak) 533.
Tuberkulose, Abwehr gegen Infektion (Stoicescu) 984.
Tuberkulose, korrelative Vegetationsstörungen (Kraus) 982.
Tuberkulose, Habitus tuberculosus (Friedjung) 527.
Tuberkulose, Einfluß der kalten Luft auf den Blutdruck (Hoobler) 220.
Tuberkulose, hypophysäre Glykosurie (Claude, Baudouin und Porak) 651.
Tuberkulose, Giftigkeit des Harnes (Aronson und Sommerfeld) 213.
Tuberkulose, Einfluß kalter Luft auf den Blutdruck bei Tuberkulose (Hoobler) 653.
Tuberkulose und Kalkstoffwechsel (Voorhoeve) 627.
Tuberkulose, klinische Formen (Maggiore) 982.
Tuberkulose und Anaemia splenica (Petrone) 261.
Tuberkulose und Diabetes (Giorgio) 742.
Tuberkulose des Pylorus (Schlesinger) 984.
Tuberkulose, Lebererkrankung (Geelen) 162, 251.
Tuberkulose, Kardiozirrhose (Di Cristina) 163.
Tuberkulose des Darmes und des Mesenteriums (Triboulet u. Debré) 717.
Tuberkulose der weiblichen Genitalien (Niepelt) 255, 654.
Tuberkulose der Niere (Castaigne) 997 — (Debré und Paraf) 997 — (Oraison) 983 — (Rocher und Ferron) 716.
Tuberkulose und orthotische Albuminurie **(Reyher) 82.** 983 — Beziehung zur orthotischen Albuminurie (Arnold) 591; (Hinze und Sorin) 267; (Sturm) 717.
Tuberkulose der nervösen Zentralorgane (Fiore) 981.
Tuberkulose, Sklerose des Gehirnes (Bundschuh) 99 — Hirntuberkel (Hutinel) 982.
Tuberkulose des Kleinhirnes (Maggiore) 654 — (Margaritow) 255.
Tuberkulose, spastische Hemiplegie tuberkulöser Natur (Cannata) 736.
Tuberkulose des Ohres (Biggs) 583, 981.
Tuberkulose des Augenhintergrundes (Gebb) 401 — (Konjunktivitis (Adam und Wäzold) 401 — Conjunctivitis tuberculosa (Rosenhauch) 402.
Tuberkulose, Erythema nodosum (Alamartine) 650 — (Moro) 875.
Tuberkulose, tuberkulöses Bromexanthem (Rach) 716.
Tuberkulose, Skrophuloderma des ersten Lebensjahres **(Bähr) 699.**
Tuberkulose und Psoriasis **(Klotz) 534.**
Tuberkulose und Syphilis (Zarfl) 258, 325.
Tuberkulose der Lunge (van Pée) 983 — (Ribadeau-Dumas, Weil und Maingot) 983 — (Ségard) 984.
Tuberkulose, Klinik und Pathologie der Lungentuberkulose **(Lederer) 211,** 982 — **(von Konschegg und Lederer) 140,** 982.
Tuberkulose, Kindheitsinfektion und Schwindsuchtsproblem (Hillenberg) 419, 653.
Tuberkulose, die ersten Zeichen der Lungentuberkulose (van Pee) 449.
Tuberkulose, Ghons primärer Lungenherd (Borrino) 651.
Tuberkulose, primärer Lungenherd (Zarfl) 219.
Tuberkulose der Lunge, erste Lokalisation (Leroux) 982 — primäre Lokalisation der Lungentuberkulose (Ribadeau-Dumas) 256, 716 — (Rist) 716.
Tuberkulose, primäre käsige Lungentuberkulose (Rist und d'Oelsinitz) 983.
Tuberkulose, chronische Lungentuberkulose (Haushalter und Remy) 982.

Tuberkulose der Lungen und Anomalie des ersten Rippenringes (Schultze) 717.
Tuberkulose, radiologisches Studium der Lungentuberkulose (Ribadeau-Dumas, Weill u. Maingot) 256 — (Rist) 256.
Tuberkulose, Bronchopneumonie (Goldenfann) 260.
Tuberkulose, Lungensklerose mit Bronchiektasie (Barbier) 651.
Tuberkulose und Asthma (Rongel) 257, 371.
Tuberkulose, Behandlung der Lungentuberkulose (Galliot) 421
Tuberkulose der Lunge, moderne Bekämpfung (Nietner) 983.
Tuberkulose der Lunge, Wirkungen des Paratoxins (Vandeputte) 984.
Tuberkulose, Pleuritis purulenta (Abdel-Hamid-el-Chafei) 981.
Tuberkulose der Bronchialdrüsen (Neuhaus) 334.
Tuberkulose der Bronchialdrüsen (Barbe-Oberlin) 250.
Tuberkulose, plötzlicher Tod durch Tracheobronchialdrüsentuberkulose (Cacciami) 251.
Tuberkulose, Häufigkeit der Tuberkulose der tracheobronchialen Lymphdrüsen bei Kindern (Albrecht und Arnstein) 651.
Tuberkulose, chronische tuberkulöse Zervikaldrüsenerkrankung (Gaucher und Weißenbach) 652 — der Nackendrüsen (Cutcliffe) 251.
Tuberkulose der Mesenterialdrüsen (Cumston) 981 — der mesenterialen Lymphdrüsen (Talbot) 717.
Tuberkulose, chirurgische (Gauvain) 419 — (Thèves) 984 — (Tubby) 984 — Entwicklung der chirurgischen Tuberkulose beim Säugling (Froelich) 652.
Tuberkulose, chronischer tuberkulöser Gelenkrheumatismus (Cozzolino) 651, 972.
Tuberkulose und chronische Appendizitis (Lereboullet) 254, 982.
Tuberkulose, Gelenkerkrankungen (Doumer) 981.
Tuberkulose der Knochen und Gelenke (Fraser) 584, 982 — (Ménard) 654.
Tuberkulose, Ätiologie der Knochen- und Gelenktuberkulose (Möllers) 902.
Tuberkulose, menschliche und bovine Tuberkelbazillen bei Knochen- und Gelenktuberkulose (Fraser) 652.
Tuberkulose, multiple Knochentuberkulose (Calvé) 651.
Tuberkulose der Knochen und Osteomyelitis, diagnostische Bedeutung der Leukozytenzahl (Fiske) 723, 850.
Tuberkulose, kindliche Kniegelenkstuberkulose (Peterka) 716.
Tuberkulose, Osteomyelitis der Finger (Green) 982.
Tuberkulose des Handgelenkes (Laplanche) 654.
Tuberkulose der Diaphyse des Radius (Rocher) 983.
Tuberkulose in Beziehung zu Zahnkrankheiten (Fritzsche) 749
Tuberkulose, Behandlung des Asthma bronchiale (Frankfurter) 853.
Tuberkulose, Behandlung der Drüsentuberkulose (Jopson) 653, 902 — konservative Behandlung der Drüsentuberkulose (Iselin) 90.
Tuberkulose, Behandlung der Hauttuberkulose (Doutrelepont) 212.
Tuberkulose, Behandlung der kindlichen Knochen-und Gelenktuberkulose (Böhm) 651 — (de Quervain) 716.
Tuberkulose, operative Behandlung der chirurgischen (Ménard und Stiles) 446 — chirurgische Behandlung der Gelenkerkrankungen (Tubby) 162.
Tuberkulose, Endresultat operierter Kniegelenkstuberkulose (Brandes) 651.
Tuberkulose, Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose nach Mosetig (Machard) 223.
Tuberkulose, Lichtbehandlung der chirurgischen (Hagemann) 585 — (Vulpius) 584.
Tuberkulose, Behandlung mit Röntgenstrahlen (van Dorp) 700 — Entgiftung des Herdes durch Röntgenbestrahlung (Iselin) 222.
Tuberkulose, Behandlung der Osteitis mit hochfrequenten Strömen (Doumer) 652.

Tuberkulose, Behandlung der chirurgischen mit Stauungshyperämie (Bier) 222.
Tuberkulose, Chemotherapie (v. Winiwarter) 984.
Tuberkulose, medikamentöse Behandlung (Hecht) 305 — (Rey) 903, 983.
Tuberkulose, Jodmentholinjektion (Berliner) 305.
Tuberkulose, Pinselung des Bauchfelles mit Jodtinktur bei Peritonitis (Hofmann) 305.
Tuberkulose, Behandlung mit Mesbé (Heermann) 305.
Tuberkulose, Jodoformplombierung (Machard) 654.
Tuberkulose, Kreosot- und Kalziumbehandlung der Erkrankungen der Atmungsorgane und der Lungentuberkulose (von Giesen und Lynah) 721.
Tuberkulose, Tuberkulintherapie (Förster) 252, 652 — poliklinische Behandlung (Fraser und Clark) 419 — ambulante Tuberkulinbehandlung (Hartmann) 902.
Tuberkulose, Behandlung mit Kochschem Alttuberkulin (Cronquist) 305.
Tuberkulose, Behandlung mit Rosenbachschem Tuberkulin (Beck) 333, 651 — Anwendung des Tuberkulins Rosenbach bei chirurgischer (Rosenbach) 221.
Tuberkulose, Behandlung mit heterologem Tuberkulin (di Giorgio) 653 — Behandlung mit dem Marmorekschen Tuberkuloseserum (Gaussel) 652.
Tuberkulose, Vakzinebehandlung der Lungentuberkulose (Ager) 903 — Vakzinebehandlung der chirurgischen (Fraser und Gowan) 420.
Tuberkulose, antituberkulöse Vakzination mit toten Bazillen (Heymans) 582.
Tuberkulose, Behandlung mittels der Ferrierschen Methode (Galliot) 652.
Tuberkulose, Behandlung skrofulöser und tuberkulöser Augenerkrankungen mit J. K. Spengler (Bock) 496.
Tuberkulose, Heliotherapie (Alkan) 903 — (D'Oelsnitz) 983 — Heliotherapie an der See (Felten-Stoltzenberg) 850 — Sonnen- und Luftbehandlung (Glaessner) 903 — Behandlung durch See- und Sonnenbäder (Revillet) 716.
Tuberkulose, Bedeutung der Kinderheilstätten und Seehospize (Vollmer) 398, 984.
Tuberkulose, Behandlung am Mittelmeer (Revillet) 256.
Tuberkulose, Behandlung der chirurgischen in Seehospizen (Calvé) 162.
Tuberkulose, Bekämpfung (Jacob) 653 — (v. Leube) 654 — (Meneil) 654 — (Nietner) 715 — (Oppelt) 715.
Tuberkulose, Bekämpfung im Kindesalter (Nietner) 255 — Prophylaxe beim Säugling (Haultcoeur) 982.
Tuberkulose und Schule (D'Espine) 652 — (Folks) 652 — (Knopf) 653 — (Méry) 654 — Verbreitung durch die Schule (Badaloni) 647 — Häufigkeit während des Schullebens (Priestley) 983 — Bekämpfung unter den Schulkindern (Nietner) 715.
Tuberkulose, Bekämpfung in Chemnitz (Thiele) 258.
Tuberkulose, prophylaktische Immunisierung (v. Ruck) 90, 717.
Tuberkulose, Einfluß der Milchversorgung (Delépine) 219 — und Milchkühe (Cosco) 3 — Beteiligung der Molkereien an der Bekämpfung (Nevermann) 661.
Tuberkulose und Säuglingsfürsorge (Schoedel) 717.
Tuberkulose auf dem Lande (Revillet) 716.
Tuberkulose und Kinderwohlfahrt (Perkins) 983.
Tuberkulose, volkswirtschaftliche Bedeutung (Mayerhofer) 763.
Tuberkulose, Anzeigepflicht (Zarfl) 717.
Tuberkulose, Morbidität (Delille) 981.
Tuberkulose, Sterblichkeit in Baden (Dressel) 585, 981.
Tuberkulose in Palermo (di Cristina) 981 — (Mauro) 982.
Tuberöse Hirnsklerose (Harbitz) 440.
Tumor, maligner (Croner) 275 — (Usener) 394, 753.
Tumor, kongenitaler des Hirns (Oppenheim) 738.
Tumor des Cerebellums (Adams) 749.
Tumoren, kongenitale der Nerven (Koudriavzeff) 276.

Tumoren, multiple der Haut **(Schmid) 443.**
Tumor der Niere (Lorrain und Nidergang) 276.
Tumor des Ovariums (Klauhammer) 276, 733.
Tumor, Konjunctivitis tuberculosa (Meissner) 402.
Türksche Irritationszellen im Blut bei Diphtherie (Dupérié) 973.
Turmschädel, angeborener **(Hochsinger) 502,** 538, 1018.
Turmschädel, angeborener (Küttner) 1018.
Turmschädel in Beziehung zu Rachitis und Adenoidismus (Bertolotti) 783.
Turmschädel, Entlastungstrepanation oder Balkenstich (Schumacher) 832.
Typhus (Goldberger und Anderson) 636 — (Hagenbach-Burckhardt) 947 — (Schmincke) 936 — (Veintemillas) 979.
Typhus beim Brustkind (Blühdorn) 971.
Typhus beim Säugling 258 — (Comby) 634.
Typhus, abortiver Fall (Collignon) 264.
Typhus, Kutanreaktion (v. Szontagh) 93.
Typhus, Bass-Watkinnssche Reaktion (Nenville) 255.
Typhus, Diazoreaktion und Reaktion mit salpetersaurem Quecksilberoxydul (Rumjanzeff) 156.
Typhus, Giftigkeit des Harns (Aronson und Sommerfeld) 213.
Typhus, experimenteller (Belin) 971.
Typhus, Komplikationen (Fonzo) 973 — seltene Komplikation (Melchiorri) 640.
Typhus, seltene Komplikation **(Samelson) 117,** 977.
Typhus, schwere Säuglingsanämie (Wolff) 991.
Typhus, Aphasie (Brelet) 971; (Cati) 251.
Typhus, Laryngotyphus (Samelson) 382.
Typhus, Infektion der Gallenblase (Lowenburg) 254.
Typhus, Meningitis durch Typhusbazillen (Lyall) 427, 580, 640.
Typhus, Neuritis optica (Dutoit) 401, 779.
Typhus, Pneumotyphus (Hutinel) 580, 637.
Typhus, Hautgangrän (Roubaud) 977.
Typhus, Spondylitis (Ardin-Deteil, Raynaud und Coudray) 250, 381 — (Bonhoure) 633 — (Chatin und Rendu) 634 — Skoliose (Rogers) 643.
Typhus, Venenthrombose (Pulawski) 173.
Typhus und Masern (Jastrowitz) 847, 974.
Typhus und Myelitis (Renault) 643.
Typhus und Myelitis (Renault und Lévy) 643.
Typhus und Paratyphus (Chevvrel) 972.
Typhus, Ernährung (Crohn) 302.
Typhus, Behandlung (Deléarde) 251 — Behandlung im Kindesalter (Milhet) 641 — diätetische und allgemeine Behandlung (Kerley) 302.
Typhus, Serumtherapie (Pfeiffer und Bessau) 302 — (Renault) 643.
Typhus, Antityphusimpfung (Russel) 644.
Typhus, polyvalente Vakzine (Variot) 647.
Typhus, Vakzinebehandlung 258, 650 — (Besredka) 971 — (Comby) 972 — (Courmont und Rochaix) 302 — (Netter) 976 — (Variot, Grent und Dumont) 979 — (Vincent) 979 — (Weil) 980.
Typhus, Jodtinktur (Ponticaccia) 256.
Typhus, Behandlung mit Ichthoform (Heller) 302.
Typhus, Pyramidenbehandlung (John) 302.
Typhus, Verbreitung durch Milchprodukte (Lemke) 623.
Typhus, Verunreinigung der Milch mit Typhusbazillen durch Wasser (Trillat und Fouassier) 964.
Typhus, Bazillenträger (Asrielowitsch-Nemirowsky) 970 — (Gruber) 659.
Typhus exanthematicus (Nicoll, Krummwiede, Pratt und Bullowa) 642.
Typhusbazillus in Butter (Bergey) 2.
Typhusbazillus, Einfluß des Bazillus bulgaricus und des Bazillus lactis (Potter) 10.
Typhusbazillus, Einfluß der Milchsäurebazillen (Northrup) 9.

Typus der Tuberkelbazillen bei Parinaudscher Erkrankung (Möllers) 373.

Überempfindlichkeit (Goodalle) 737 — (v. Szontagh) 944.
Übererregbarkeit bei Hüftluxation (Gourdon) 1012.
Übererregbarkeit der Nerven bei Tetanie (Callum) 890.
Ulcus, vakzinales (Sexton) 280.
Ulcus pepticum, spasmogenes (v. Bergmann) 386.
Ulcus rodens (Sequeira) 746.
Ulkus der Gaumenwölbung (Amaudrut) 748.
Ulcus duodeni (Matko) 731.
Ulcus, perforierendes des Duodenums (Durante und Ecalle) 728.
Ulcus des Dünndarms (Phillips) 590.
Ulcus ventriculi (Cachovic) 727.
Ulna, kongenitaler Defekt (Reikine) 759 — angeborener Defekt (Schwarzbach) 279.
Ulna, kongenitale Verwachsung mit dem Radius (Adams) 1017.
Ulnaris, Lähmung und angeborene Halsrippe (Bibergeil und Blank) 777.
Uneheliche, Schicksal (Turnau) 763.
Uneheliche, Fürsorge (Hoffa) 762.
Uneheliche, Recht im neuen schweizerischen Zivilgesetzbuch (Herzfelder) 762.
Uneheliche Kinder im Großherzogtum Baden (Franke) 282.
Uneheliche Kinder im Auslande (Engel) 281.
Unfähigkeit lesen zu lernen (Nadoleczny) 336.
Unfälle (Hallauer) 237, 750.
Unnascher Flaschenbazillus (Kraus) 874.
Unterernährung (Variot) 962 — in der ersten Lebenszeit (v. Reuß) 10, 73.
Unterernährung und Magendilatation (Variot und Barret) 244.
Unterernährung, Erbrechen (Camhi) 241.
Unterhaltung des Kindes (Vorst) 736.
Unterhautzellgewebe als Abwehrorgan (Maillet) 610 — Kalzinosis (Weber) 273.
Unterlippe, kongenitale bilaterale Fistel (Kahn) 1018.
Unterricht (Ellingwood) 237.
Unterschenkel, angeborene Einwärtsbiegung der beiden Knochen (Jemtel-Broca) 757.
Urachus, Fistel (Lebedev) 170, 279 — Zyste (Judt) 177.
Urämie (Ponticaccia) 999.
Urämie, Azidität und Quellungsfähigkeit des urämischen Gehirns (Murachi) 770.
Urämie mit Somnolenz (Nobécourt und Maillet) 734.
Urämie bei Scharlach (Sheffield) 267.
Urano-Staphyloplastik (Helbing) 392.
Ureter, Aplasie (van der Bogert) 278 — angeborene Hydronephrose mit Aplasie (van der Bogert) 732.
Ureter, angeborene Striktur mit Pyonephrose (Kahn) 733.
Ureter, Läsionen bei abdominaler Hysterektomie (de Berne-Lagarde) 1011.
Ureter, Dilatation (Jordan) 998 — kongenitale Dilatation (Weiser) 735.
Urethra, angeborene Stenose (Heinecke) 733; (Knox und Sprunt) 733 — kongenitale Stenosen der männlichen Harnröhre (Wilckens) 735.
Urethra, kongenitale Anomalie (Rolleston) 591.
Urethra, Striktur der Pars prostatica (Jordan) 998.
Urethra, sagittale Verdoppelung (Grubenmann) 279.
Urethra, Prolaps der weiblichen (Hammond) 733.
Urethra, Steine (Speese) 268.
Uretran, Verwendbarkeit (Bertling) 320.
Urobilinogenurie **(Peiser) 541,** 887.
Urobilin, Entstehung (Schäfer) 11.
Urobilinurie (Perl) 734 — (Ostrowski) 368 — und Urobilinogenurie (Ostrowski) 172.
Urobilinurie und Farbe des Harns bei Scharlach (Schlesinger) 978.
Urobilinogenreaktion im Harn Scharlachkranker (Schelenz) 644.
Urogenitalapparat bei exsudativer Diathese (Beck) 81.
Urotropin, Verteilungs- und Ausscheidungsverhältnisse (Usener) 966 — Ausscheidung in Frauen-

milch (Rieder) 10 — Sekretion durch Schleimhäute und seröse Häute (Leibecke) 879.
Urtikaria (Snow) 920.
Urticaria pigmentosa (Boas) 744 — pigmentosa congenita (Fabry) 745 — pigmentosa bei Syphilis (Riehl) 987.
Urtikaria, präskarlatinöse und prämorbillöse (Galli) 874.
Urtikaria, diätetische Therapie (Salomon) 875.
Urtikaria, Kalziumtherapie (Bollag) 873.
Uterus, Beziehung des Muskelgewebes des Uterus zum Peritoneum (La Torre) 611.
Uterus, Blutungen beim Neugeborenen (Juda) 968.
Uterus, Fibrom (Chéron) 275.
Uterus, zystische Tumoren (Vautrin) 1016.
Uterus, Karzinom (Mergelsberg) 1014.
Uvealtraktus, Erkrankungen (Bach) 401.

Vagina, Übergang von mütterlichen Scheidekeimen auf das Kind während der Geburt (Noack) 630.
Vagina, Blutung beim Säugling (Krösnig) 734.
Vagina, primäre Tumoren (Virenque) 1016 — Mischgeschwülste (Westenberger) 393.
Vagina, angeborener Defekt (Albrecht) 1017.
Vaginale Pulverbehandlung (Nassauer) 303.
Vaginitis durch Gonokokken, Komplementbindung (Smith) 855.
Vagotonie und exsudative Diathese (Krasnogorski) 129, 874, 970.
Vagus, Wirkung der Vagusreizung auf das Herz (Robinson, Cauby und Draper) 82.
Vakzinale Allergie der exanthematischen Erkrankungen (**Netter**) **552**, 454.
Vakzination (Camus) 1021 — (af Heurlin) 606 — (Jacobson) 1021 — (Jochmann) 557 — (Banks) 280.
Vakzination, Exanthem (Bunch) 212.
Vakzination, Blutbild (Erlenmeyer) 161.
Vakzination, Dauer der Immunität (Lescohier) 897.
Vakzination, verspätete Abheilung von Impfpusteln (Meder) 161.
Vakzination und Augenerkrankungen (v. Herrenschwand) 402, 779 — komplizierte Impferkrankung des Auges (Curtius) 280 — Nebenpocken des Sehorgans (Holodynski 499.
Vakzination, Übertragung von Vakzinationspusteln (Klepetar) 764.
Vakzination und Lama (Voigt) 397.
Vakzination, Ergebnisse des Impfgeschäftes im Deutschen Reiche (Stade) 280.
Vakzination, Ergebnis der Schutzpockenimpfung in Bayern (Stumpf) 280.
Vakzination, Zukunft der Impfung (Swoboda) 529.
Vakzination, Antistreptokokkenserum in der Behandlung der Vakzinationsulzera (Sexton) 765.
Vakzination, antidiphtherische Variot) 647.
Vakzination und Variola in Böhmen (Epstein) 1021.
Vakzine, generalisierte (D'Astros) 1021.
Vakzine, Unempfindlichkeit des Neugeborenen (Escande) 968.
Vakzine, Hämatologie (Schatzmann) 978.
Vakzine, Epidemiologisches und Experimentelles (Tièche) 951, 979.
Vakzine, Infektions- und Immunitätsreaktionen (Gastinel) 636.
Vakzine, Übertragung auf die Analgegend (Rossiwall) 765, 940.
Vakzine, Über- und Unterempfänglichkeit (Chaumier) 1021.
Vakzine, Serumreaktion (Teissier und Gastinel) 979.
Vakzinebehandlung des Keuchhustens (Bamberger) 250, 381 — bei Pertussis (Graham) 300.
Vakzinetherapie bei Keuchhusten (Lagane) 581, 639.
Vakzinebehandlung des Keuchhustens (Nicolle und Conor) 642, 976.
Vakzinetherapie des Keuchhustens (Scott) 240, 645.

Vakzinebehandlung des Keuchhustens (Sill) 645, 845 — (Wilson) 846, 980.
Vakzinetherapie bei Keuchhusten (Yakovlev) 980.
Vakzine zur Therapie und Prophylaxe von Pertussis (Saunders, Johnson, White und Zahorsky) 257.
Vakzinetherapie bei Hautkrankheiten (Beck) 317.
Vakzinebehandlung der membranösen Rhinitis (Forbes und Newsholme) 151.
Vakzinebehandlung der Meningitis (Frost) 612.
Vakzinebehandlung des Erysipels (Sill) 645.
Vakzinetherapie der gonorrhoischen Erkrankungen (Gerschun und Finkelstein) 998.
Vakzinebehandlung der gonorrhoischen Ophthalmie (Mittendorf) 747.
Vakzinetherapie der Kolibazilleninfektion des Harntraktus (Gorter) 455 — bei Kolipyelozystitis (Hengeveld) 998 — bei Pyelozystitis (Wideroe) 999.
Vakzinebehandlung der chirurgischen Tuberkulose (Fraser und Gowan) 420.
Vakzination, antituberkulöse mit toten Bazillen (Heymans) 582.
Vakzinebehandlung des Typhus 258, 650 — (Besredka) 971.
Vakzinetherapie bei Typhus (Comby) 972 — (Courmont und Rochaix) 302 — (Netter) 976 — des Typhus (Variot, Grenet und Dumont) 979, (Vincent) 979, (Weil) 980.
Vakzine und Variola (Carrière und Tomarkin) 251, (Fischer-Defoy) 252.
Vakzination gegen Varizellen (Camus) 971.
Variköse Venen mit Hämohypertrophie und Nävus (Telford) 441.
Variola (Arzt und Kerl) 852 — (Jochmann) 557 — (Potpeschnigg) 852.
Variola, bei Neugeborenen (Epstein) 874.
Variola, abortive Fälle (Sexton) 845, 875.
Variola, Differentialdiagnose (Bäumler) 873.
Variola, Blutbild (Erlenmeyer) 161 — Hämatologie (Schätzmann) 978.
Variola, Serumreaktion (Teissier und Gastinel) 979.
Variola, Infektions- und Immunitätsreaktionen (Gastinel) 636.
Variola beim nichtvakzinierten Kind (Gueit) 764, 974.
Variola und Vakzination (Fischer-Defoy) 252.
Variola und Vakzination in Böhmen (Epstein) 1021.
Variola und Vakzine (Carrière und Tomarkin) 251.
Variola, Serumbehandlung (Teissier und Marie) 646.
Variola, Epidemiologisches und Experimentelles (Tièche) 951, 979.
Variola und Poliomyelitis (Proescher) 876, 977.
Varizellen (v. Pirquet) 939.
Varizellen während des intrauterinen Lebens (Pridham) 977.
Varizellen, Hautreiz (Feilchenfeld) 635.
Varizellen, abortive Typen (Sexton) 645.
Varizellen, Schutzimpfung (Camus) 971.
Varizellen und Herpes zoster (Heim) 95.
Varizellen, Appendizitis (Lesné) 1014.
Varizellen und Scarlatina (Montefusco) 641.
Varizen, kongenitale (Boisse) 744.
Vegetarische Kost bei Idiotie (Rehm) 805.
Vegetatives Nervensystem, Funktionsprüfung (Bauer) 770 — Nervensystem, pharmakologische Prüfung (Eckert) 737.
Venen, variköse mit Hemihypertrophie und Nävus (Telford) 441.
Venengeräusche (Landis) 719.
Venenthrombose (Mensi) 719 — bei Typhus (Pulawski) 173.
Ventilation von Klassenräumen (Steinhaus) 285.
Verbrecher, jugendliche (Spaulding) 741.
Verbrennungen, Tetanus (Newberger) 752.
Verdauungsinsuffizienz, schwere (Reiche) 690.
Verein für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf; Bericht 709.

Vererbung intellektueller Fähigkeiten (Peters) 821.
Vererbung, krankhafte (Cecikas) 237.
Vererbung von Krankheiten (v. Hansemann) 956.
Verfolgungswahn (Roubinovitch) 739, 1004.
Vergiftung durch Anilin (Kopec) 175.
Vergiftung mit Stechapfel (Schwerwinzky) 788.
Verschlußkappe für Milchflaschen (Möller-Lenhertz) 661.
Verwahrloste und kriminelle Kinder (Lazar) 741.
Verwahrlosung, jugendliche und Kriminalität (Gruhle) 139 — Bekämpfung (Rothschild) 818.
Verwirrtheit, akute (Brown) 1001.
Vierte Krankheit (Brainin) 250 — (Franchetti) 874.
Vincentsche Angina (Le Blaye) 724 — (Mulholland) 641.
Viskosität des Blutes (Valdameri) 724 — (Weill und Gardère) 724.
Viskosität von Kaseinsolen (Chick und Martin) 3.
Viskosität, vergleichende Bestimmungen in der Milch (Kreidl und Lenk) 7.
Volvulus (Gladstone) 995 — beim Neugeborenen (Wolff) 245, 369, 630.
Volvulus als Ursache von Melaena neonatorum (Nürnberg) 958.
Volvulus mit Darmperforation (Poulsen) 730.
Vorderarm, Entwicklung bei menschlichen Embryonen (Grosser) 248.
Vorderarm, kongenitale Synostose (Maass) 1019.
Vorderarm, Sarkom (Birkner) 275.
Vormundschaft, Einzelvormundschaft und Sammelvormundschaft (Wuermeling) 764.
Vulva, Papillome (Comby und de Vaugiraud) 267.
Vulva, schankerartige Ulzeration (Thibierge) 734.
Vulvovaginitis (Barnett) 997 — (Spaulding) 734.
Vulvovaginitis gonorrhoica (Mattissohn) 999, (Rubin und Leopold) 388, 999 — gonorrhoica, Prognose (Mattissohn) 874.
Vulvovaginitis pneumococcica (Chapple) 267.
Vulvovaginitis durch Streptokokken (Slingenberg) 268.
Vulvovaginitis, Behandlung (Nassauer) 126.

Wachstum (Schwerz) 236.
Wachstum, Biochemie (Aron) 955.
Wachstum des Fötus (Lévy, Magnan und Sellet) 967.
Wachstum des Säuglings (Pacchioni) 610.
Wachstum, Studien an Zöglingen einer militärischen Erziehungsanstalt (Kulka) 614.
Wachstum, ungleiches während der Pubertät (Godin) 272.
Wachstum, Längenwachstum (Friedenthal) 956.
Wachstum der Knochen (Dubreuil) 955 — der Knochen und innere Sekretion der Keimdrüse (Sellheim) 994.
Wachstum, Einfluß der Nebennieren (de Mira) 263 — (Mirz) 993.
Wachstum, Einfluß der Ernährung (Hopkins und Neville) 961 — in Beziehung zur körperlichen Bewegung und Diät (Dennett) 1006.
Wachstum, Tafel zur Bestimmung von Wachstum und Ernährungszustand (v. Pirquet) 619.
Wachstum, Einfluß der Zusammensetzung und der Menge der Nahrungssalze (Collum und Davis) 616.
Wachstum und Lipoide (Collum und Davis) 616.
Wachstum, Wachstumsreiz der Röntgenstrahlen (Schwarz) 956.
Wachstum, Schädigung durch Röntgenstrahlen (Walter) 238.
Wachstum, Entwicklungshemmung (Bonnaire und Durante) 240.
Wachstum, Hemmung beim tuberkulösen Frühgeborenen (Armand) 240.
Wachstum und Körpererziehung (Kulka) 614.
Wachstum, Schmerzen (Delcourt) 1006.
Wachstum unter Einfluß von Krankheitszuständen (Hoobler) 1006.

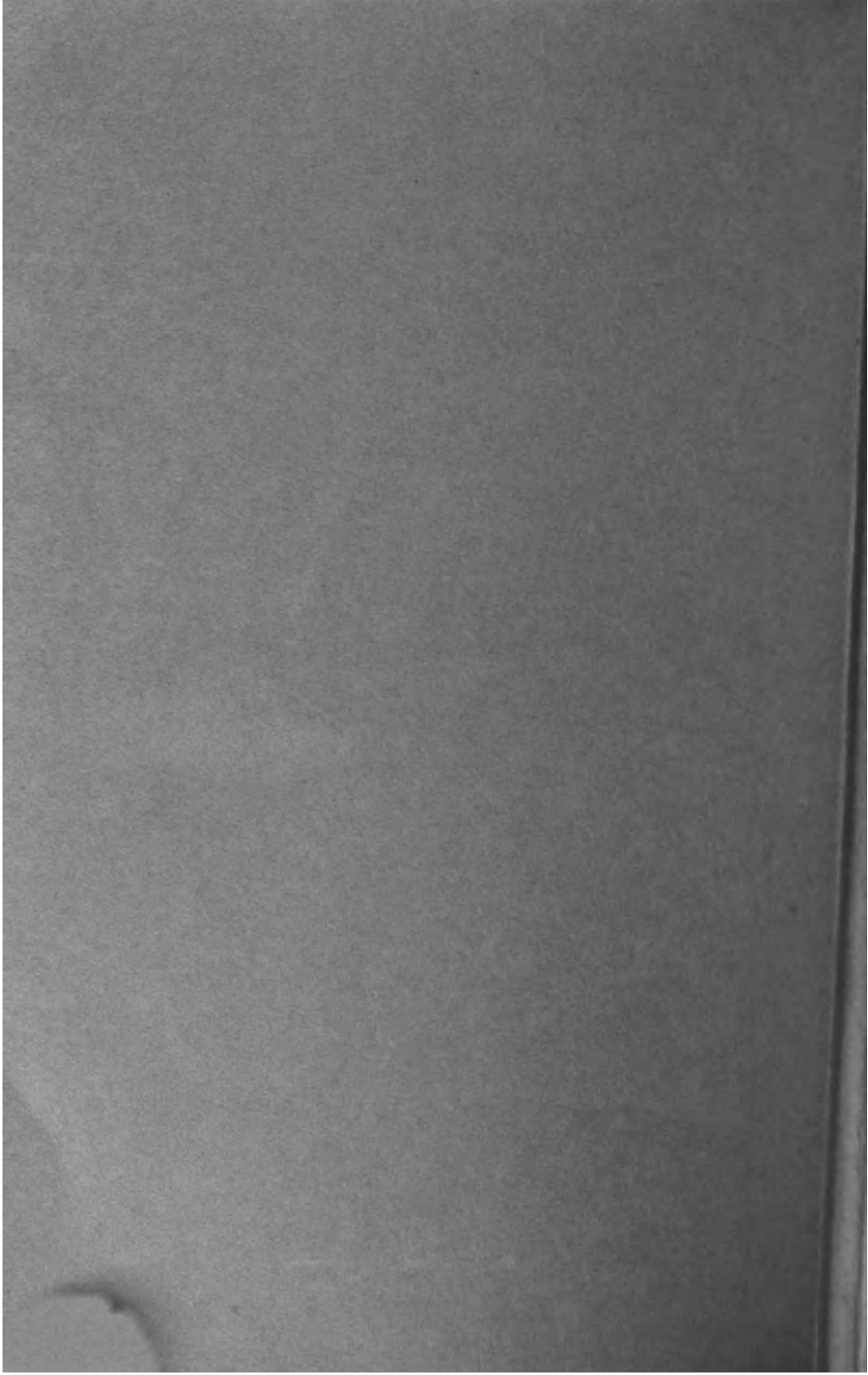
Wachstum, Fütterungs-ver-uche mit isolierten Nahrungssubstanzen (Osborne, Mendel und Ferry) 414.
Wachstum beim Hunde (Simpson) 611.
Wachstumsstörungen der langen Röhrenknochen (Drodten) 743.
Walderholungsstätten (Gohde) 761.
Waldmeister, diuretische Wirkung (Mouriquand und Dujol) 613, 957.
Waldschulen (Gohde) 761.
Waldeyerscher Rachenring (Piffl) 725.
Wanderausstellung der Säuglingsfürsorge (Hecker) 282.
Wandertrieb (Müller-Schürch) 824 — familiärer (Stier) 824 und pathologisches Fortlaufen (Stier) 607, 692.
Wangenhämatom bei Barlowscher Krankheit (Weiss) 459.
Wärme, Abgabe durch Strahlung (Variot und Lavialle) 966.
Wärme, Regulationsvermögen des Säuglings (Mendelsohn) 196 — Regulationsvorgänge (Pritchard) 966.
Wärmestauung und Exsikkation bei Intoxikation (Heim) 75, 242.
Wäschedepots (Reinach) 927.
Wasser, Bedeutung für Konstitution und Ernährung (Lederer) 501.
Wasser, Bedarf (Meyer) 76.
Wasser, Nachweis von Wasserzusatz in Milch (Tillmanns) 12.
Wasserstoffionen, Bedeutung für die Milchgerinnung (Allemann) 1.
Wasserstoffsuperoxyd, Nachweis in Milch (Philippe) 661.
Wasserstoffsuperoxydhaltige Milchkonservierungsmittel (Willecke, Schellbach und Jilke) 13.
Wassersucht, fötale allgemeine (Rautmann) 720.
Wassersucht, allgemeine angeborene (Ludwig) 719.
Wassermannsche Reaktion (Andronesco und Saratzeano) 165 — (Blackfan, Nicholson und White) 985 — (Brauer) 418 — (Holl) 986 — (Lucas) 986 — (Menabuoni) 649 — (Mensi) 986 — (Pennato) 986.
Wassermannsche Reaktion bei Zwillingen (Gassoute) 240.
Wassermannsche Reaktion bei Schwangeren und Kindern (Daunay) 87.
Wassermannsche Reaktion im Blute der Nabelschnur und der Mutter (Serra und Gentili) 240.
Wassermannsche Reaktion, Wichtigkeit für die Findelhäuser (Guidi) 648.
Wassermannsche Reaktion bei der Verwendung von Ammen **(Wesener) 446.** 852, 987.
Wassermannsche Reaktion, Verhältnis zur hereditären Syphylis (de Buys) 375.
Wassermannsche Reaktion bei postkonzeptioneller Spätsyphilis (Sabin) 987.
Wassermannsche Histopintherapie (Joseph) 874.
Wegnersche Zeichen bei Autopsie an Neugeborenen (Fabre und Rhenter) 968.
Wein, alimentäre und medikamentöse Bedeutung (Fitch 240.
Wein, Leberzirrhose nach Weingenuß (Variot und Gailliau) 266.
Wermolin zur Behandlung der Askariden (Brüning) 315.
Weissensee, Säuglings-krankenhaus (Ritter 283.
Wiege als Faktor in der Asymetrie der Brüste (Variot) 965.
Wien, Boxstation der Kinderklinik (v. Pirquet) 103.
Wirbelsäule, fötale Entwicklungsstörungen (Falk) 756.
Wirbelsäule, Syphilis der fötalen (Alexander) 250, 647.
Wirbelsäule, Steifigkeit (Cornelius) 753.
Wirbel, Hemiatrophie (Fayol) 757.
Wirbelsäule, Rachitis (Engelmann) 552.
Wirbelsäule, Korrektion bei orthotischer Albuminurie (Jehle) 490, 733.
Wirbel, kongenitaler Defekt (Reys) 759.
Wirbelsäule, partieller kongenitaler Defekt (Stauffer) 498, 1020.
Wirbelspalte (Läwen) 758.
Wismut, Intoxikation (Erdheim) 322.
Wöchnerinnen, Wohlfahrtsauskunftsstelle in München (Hausner) 762.

Wöchnerinnenasyl (Brennecke) 1021.
Wöchnerinnenschutz in Frankreich (Devraigne) 397.
Wolfsrachen, Ernährung (Floquet) 242.
Wortblindheit, kongenitale (Chance) 1002 — (Nadoleczny) 336.
Wortgedächtnis (Vértes) 241.
Wrightsche Autovakzine bei Meningitis cerebrospinalis (Mazzitelli) 640.
Wundscharlach **(Hahn) 233,** 974.
Würmer, Behandlung (Priestley) 1008.
Wurmmittel, Wertbestimmung (Schüffner und Vervoort) 360.

Xerase, vaginale Behandlung der Gonorrhöe (Prager-Heinrich) 303.

Yoghurt (Cabathuler) 659, (Henneberg) 6, (Hohenadel) 366.
Yoghurt, Trockenpräparate (Hohenadel 6, 246, 618, 660, (Piorkowski) 10.
Yoghurt, Überwachung des Verkehrs (Griebel) 242.

Zahnung, (Heller) 1008.
Zahnung, bei der Geburt vorhandene Zähne (Balard und Commes) 1008.
Zahnung, Zähne bis zum Ende der zweiten Dentition (Schaeffer-Stuckert) 327 — (Wolpe) 328.
Zahnung, Milchzahngebiß (Höck) 543.
Zahnung, Entwicklung der menschlichen Zähne (Ahrens) 749.
Zahnung, Beziehungen zur Atmung (Weeks) 391 — (Zentler) 391, 611.
Zahnung, Einfluß auf die Schädelentwicklung (Landsberger) 238.
Zahnung und Schilddrüse (Kranz) 796.
Zahnung und Genitaldrüsen (Robinson) 1008.
Zahnung und Ernährung (Küsel) 364, 749.
Zahnung und Kinderkrankheiten (Guthrie) 237.
Zahnung als Krankheitsursache (Herrman) 749 — (Miller) 749.
Zahnung, Beschaffenheit bei ärmeren Klassen (Rose) 151.
Zahnung, Zahnpflege im Schulalter (Shennan) 285, 767 — Zahnpflege bei Schulkindern (Duffield) 284 — Bedeutung für die Schule (Shennan) 398 — zahnärztliche Hilfe an Schulkindern (Steyn Parvé Unia) 767 — Schulzahnklinik (Stephani und Wimmenauer) 286 — Zahnkliniken in den Schulen (Horn) 1008 — zahnärztliche Hilfe an den Schulen zu Amsterdam (Hamelberg) 766.
Zahnung, Prophylaxe (Cullough) 291, 749.
Zahnung, Asymmetrie (Beretta) 278, 770.
Zahnung, Karies (Gallivan) 749 — Erdsalze in ihrer Bedeutung für die Zahnkaries (Walkhoff) 711 — Verhütung der Zahnkaries (Wheatley) 1008.
Zahnung, nekrotisierende Zahnkeimentzündung (Zarfl) 966, 749.
Zahnung, Anomalien bei Tetanie **(Klotz) 535.**
Zahnung, Zahnschmelzdefekte in Beziehung zur Rachitis (Helbilch) 442.
Zahnung, histologische Untersuchung am kongenital-luetischen Zahnkeim (Köhler) 649.
Zahnung, Zahnveränderungen bei kongenitaler Syphilis (Zinsser) 650, 788.
Zahnung, Zahnkrankheiten in Beziehung zur Syphilis, Rachitis und Tuberkulose (Fritzsche) 749.
Zahnung, Zahnzyste (Brau-Tapie) 749.
Zebromal (Jödicke) 320.
Zehe, Doppelmißbildung (Gebhardt) 757.
Zeichnungen von Kindern (van Raalte) 740.
Zeigefinger, Luxation (Etienne und Aimes) 754.
Zelluloidhülsen bei Poliomyelitis (Batten) 428.
Zentrale für Säuglingsfürsorge in Berlin (Seitz) 284.
Zentralnervensystem, Asymmetrie (Beretta) 770.
Zentrifuge, Wirkung auf die Verteilung der Zellelemente in der Milch (Breed) 3.
Zephalozele (Duckworth) 756.
Zerebellare Ataxie (Weber) 1004 — Heredoataxie (Dide) 1002.

Zerebellum, Tuberkel (Maggiore) 654 — Tuberkulose (Margaritow) 255.
Zerebellum, Tumor (Adams) 749 — Sarkom (Hawley und Manning) 751.
Zerebellum, Exstirpation bei angeborener Hydrocephalozele occipitalis (Mees) 1019.
Zerebellum, Kind ohne Kleinhirn (Marx) 1019.
Zerebrale Blutung (Simmons) 783.
Zerebrale Lähmung (Ely) 1002 — histologische Veränderungen des Knochengewebes (Pini) 955 — und Epilepsie (Clark und Sharp) 1002.
Zerebraler Rheumatismus (de Treigny und Meslay) 258.
Zerebrospinalflüssigkeit, Entstehung, Zirkulation und Funktion (Kafka) 773.
Zerebrospinalflüssigkeit, Zirkulation (Ahrens) 770.
Zerebrospinalflüssigkeit, Gelbfärbung (Reich) 878.
Zerebrospinalflüssigkeit, kolloidale Goldchloridreaktion (Grulee und Moody) 986.
Zerebrospinalflüssigkeit, verlangsamte Resorption bei Hydrozephalien **(Knöpfelmacher** und **Mautner) 505.** 544, 956.
Zerebrospinalflüssigkeit, Harnstoff (Nobécourt) 238 — (Nobécourt, Sevestres und Bidot) 150 — Harnstoffmenge (Benoit, Deléarde und Hallez) 247 — Bestimmung des Harnstoffgehaltes (Nobécourt, Bidot und Maillet) 611 — Harnstoffgehalt bei Nephritis (Nobécourt und Darré) 773.
Zerebrospinalflüssigkeit, Übergang der Salizylsäure (Nobécourt, Darré und Bidot) 610.
Zerebrospinalflüssigkeit, Kolibazillen bei Meningitis (Pearson) 225.
Zerebrospinalflüssigkeit und tuberkulöse Meningitis (Fragale) 652.
Zerebrospinalflüssigkeit, normale bei Pneumokokkenmeningitis (Brady) 633.
Zerebrospinalflüssigkeit und Blut bei Mumps (Feiling) 635.
Zerebrospinalflüssigkeit bei Poliomyelitis (Fraser) 974.
Zerebrospinalsyndrome (Beco) 956.
Zervikaladenitis und Anginaepidemie (Ruhräh) 223.
Zervikaldrüsen, Erkrankung (Fowler) 262 — Behandlung der vereiterten (Brandligt) 725.
Zervikaldrüsenerkrankung, chronische Tuberkulöse (Gaucher und Weissenbach) 652.
Zeuge, Kinder als Zeugen (Karman) 818.
Zeugungsalter, günstigstes (Vaerting) 956.
Ziege, kontagiöse Agalaxie (Carré) 3.
Ziege, Leistungsprüfungen (Vieth) 663.
Ziegenmilch, Zusammensetzung (Alpers) 1 — Eisengehalt (Stafford) 12 — Beeinflussung der Zusammensetzung durch Stallhaltung (Kohn) 660.
Zirkulationsapparat (Nobécourt) 988 — Krankheiten beim Kind (Moreira) 259.
Zirkumzision (Munter und Green) 267 — Diphtherie (Kolmer) 253 — Übertragung der Tuberkulose (Holt) 982.
Zirrhose, hypertrophische alkoholische (Cany) 731.
Zirrhose der Leber (Kassel) 731 — (Whipple) 720 — der Leber bei Splenomegalie (Gattoretti) 732.
Zitratvollmilch (Langmead) 961.
Zoster, zervikaler (Galippe) 273.
Zucker, Vergleichswert verschiedener Zuckerarten (Haskell) 617, 883.
Zucker, Wirkung auf Gärungsstörungen (Weston) 245.
Zucker, Bedeutung in der Säuglingsernährung (Calvary) 241, 945.
Zucker, Ausscheidung und Inanition im Säuglingsalter (Rietschel) 627.
Zucker, Einfluß bei Unterernährung (Variot) 962.
Zucker bei der Rektalernährung (Bywaters und Short) 658.
Zucker, Zusatz zur Säuglingsernährung (Bendix) 615.
Zucker, zuckerreiche Milch bei Dyspepsie (Variot und Lavialle) 456, 621 — Wirkungen des hohen Zuckergehaltes der Milch bei Dyspepsie mit Erbrechen 620.

Zucker, Gefahr der Zuckerentziehung (Nobécourt und Schreiber) 619.
Zucker, zuckerspaltende Fermente in den Fäzes (Coerper) 624.
Zucker, Durchlässigkeit des Säuglingsdarmes für artfremdes Eiweiß und Doppelzucker **(Hayashi) 749.**
Zuckerfieber (Helferich) 625 — (Kleinschmidt) 331.
Zuckerrüben, Futterwerte der ungesäuerten Rübenblätter (Morgen, Beyer und Westhausser) 661.
Zunge, kongenitale Hypertrophie (Monnier) 1010 — Sarkom (Blanc) 1011 — Veränderungen des Zungenrückens (Pincherle) 730.
Zungenspeicheldrüse, mumpsartige Erkrankungen (Hegler) 637.
Zurückgebliebene Kinder (Gould) 1022 — Schulkinder (Nathan und Durot) 741.
Zwergwuchs (Köhler) 272 — familiärer (Bertolotti) 278, 742 — mitraler (Weber) 744, 904.
Zwergwuchs, myxödematöser (Pironneau) 1007.
Zwergwuchs und Hypophyse (Burnier) 726.
Zwergwuchs bei osteomuskulärer Dystrophie (Hutinel und Harvier) 865 — und Dystrophia osteomuscularis (Tixier und Roederer) 272.
Zwillinge **(Orgler) 490** — Entwicklungsdifferenzen 620.
Zyanose (Piane) 720.
Zyanose, kongenitale permanente (Heuyer) 719. (Heuyer und Campagne) 719.
Zyanose bei kongenitalen Herzaffektionen (Nobécourt) 988 — bei angeborenen Herzfehlern (Tron) 720.
Zyklische Albuminurie (Czerny) 732.
Zyste, doppelseitige im Großhirn (Trömner) 783.
Zyste der Epidermis bei Pemphigus (Balzer und Landesmann) 744.
Zysten, angeborene des Larynx (Schneider) 749.
Zyste der Bauchwand (Andeoud) 749.
Zyste des Gallengangs (Böhme) 996.
Zyste des Ovariums (Kirmisson) 733 — (Vanverts) 1016 — maligne multilokuläre des Ovariums (Cowie) 997.
Zyste, parovariale (Deane) 997.
Zyste, muköse des Blinddarms (Blackader) 911.
Zystenniere (Mazylis) 178 — kongenitale Dilatation der Blase, der Ureteren und des Nierenbeckens (Weiser) 735.
Zystitis (Hottinger) 998 — durch Kolibazillen (van der Bogert) 997 — im Verlaufe des Scharlachs (Ducastaing) 635 — durch Fremdkörper (Abels) 490.